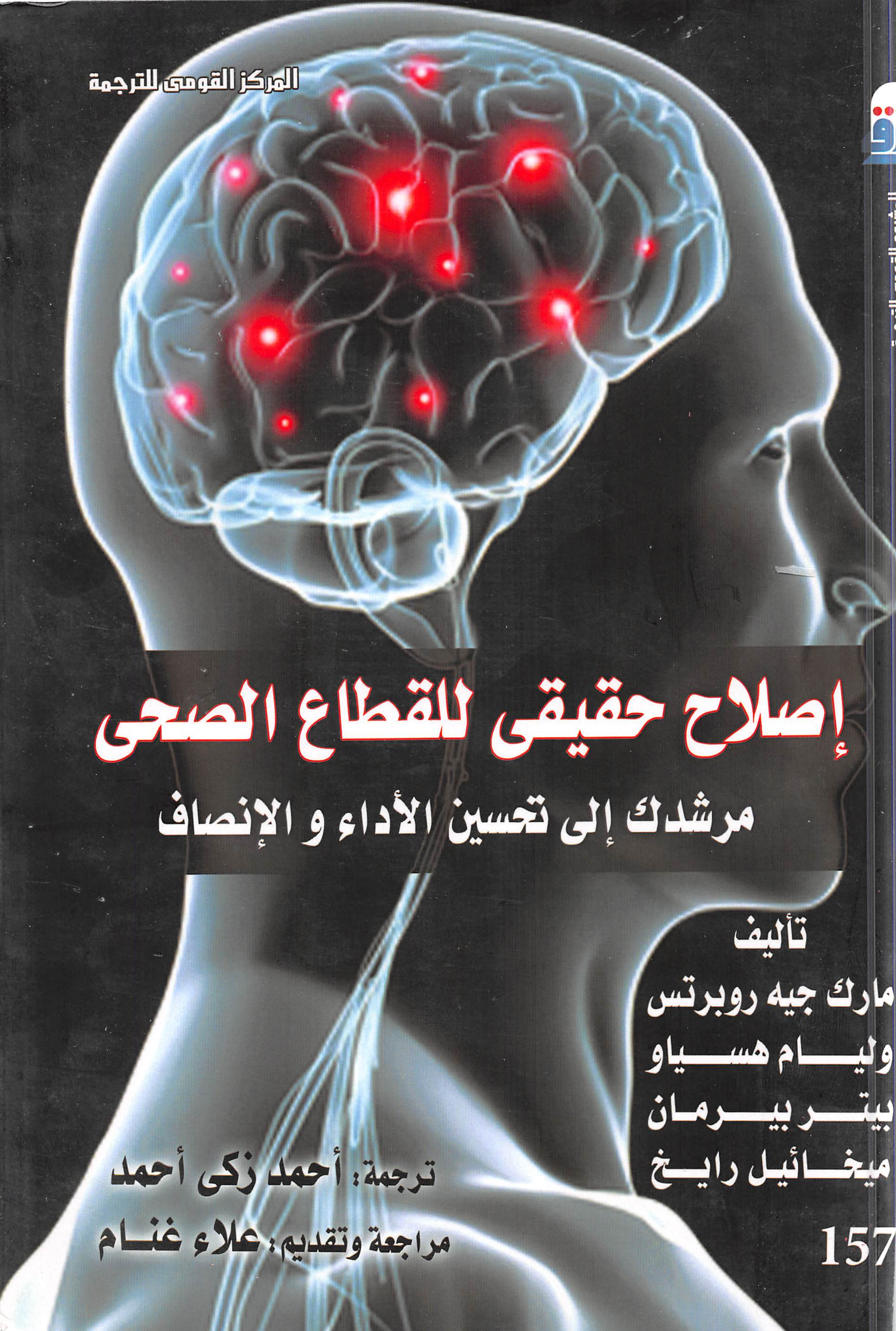


المركز القومى للترجمة

إصلاح حقيقى للقطاع الصحى

مرشدك إلى تحسين الأداء و الإنصاف

تأليف
مارك جيه روبرتس
وليام هسياو
بيتر بيرمان
ميخائيل رايخ

ترجمة: أحمد زكى أحمد
مراجعة وتقديم: علاء غنام

157

بعد مرور أكثر من عقد كامل على البدء فى عملية إصلاح القطاع الصحى فى مصر، ما زالت الكثير من التحديات قائمة، بل يمكن أن ندعى - بلا مبالغة - أن بعضها قد تفاقم.

يعد هذا الكتاب "المرْجِع" للمساهمة فى الحوار الدائر - حاليًا - حول مستقبل نظامنا الصحى، لعله يصبح أحد أدلة العمل المرشدة لصانعى السياسات الصحية، ولقيادات القطاع الصحى العليا والوسيطة وقد كنا بين صفوفهم لسنوات طويلة، ولعله يسهم فى إضاءة الطريق الملبد بالغيوم فى سياق مشروع التأمين الصحى الشامل؛ ليصبح العلاقة التعاقدية للمستقبل القريب والبعيد لنظامنا الصحى، باعتباره وسيلة إلى غاية، وهى تحسين صحة المواطنين وكفالة حقهم فى الرعاية الصحية.

تصميم الغلاف : نجلاء فتحى

إصلاح حقيقى للقطاع الصحى

المركز القومى للترجمة
إشراف: جابر عصفور

- العدد : 1573
- إصلاح حقيقى للقطاع الصحى
- نخبة
- أحمد زكى أحمد
- علاء غنام
- الطبعة الأولى 2010

شارع الجبلاية بالأوبرا – الجزيرة – القاهرة ت: ٢٧٣٥٤٥٢٤ – ٢٧٣٥٤٥٢٦ فاكس: ٢٧٣٥٤٥٥٤
El Gabalaya St. , Opera House, El Gezir, Cairo
E-mail: egyptcouncil@yahoo.com Tel: 27354524 - 27354526 Fax: 27354554

إصلاح حقيقى للقطاع الصحى

تـــأليـــــــــف : مارك جيه روبرتس، وليام هسياو ، بيتر بيرمـــان ، ميخائيل رايخ .

تـــرجـــمـــــــة : أحمد زكى أحمد .

مراجعة وتقديم : علاء غنام .

2010

بطاقة الفهرسة
إعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية
إدارة الشئون الفنية

روبرتس ،مارك جيه .
إصلاح حقيقى للقطاع الصحى / تـأليف: مـارك جيـه روبـرتس
وآخرون؛ ترجمة: أحمد زكى أحمد، مراجعة وتقديم: علاء غنام
ط ١ - القاهرة : المركز القومى للترجمة، ٢٠١٠ .
٥٣٢ ص ، ٢٤ سم
١ - الصحة العامة - خدمات اجتماعية .
(أ) أحمد، أحمد زكى (مترجم)
(ب) غنام، علاء (مراجعة وتقديم)
(ج) العنوان ٣٦٢,١

رقم الإيداع : ٢٢٣٥٠ / ٢٠٠٩
الترقيم الدولى : I.S.B.N - 978 - 977- 479 - 716 -2
طبع بالهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية

المحتويات

مقدمة المراجع

الطريق إلى الإصلاح الصحي

"الطبيب هو المدافع الطبيعى عن الفقراء، إذا كان يرغب حقيقة فى أداء مهمته الكبرى على أكمل وجه، فسيكون لزامًا عليه إن ينخرط فى الحياة السياسية والاجتماعية، وسيكون نزامًا عليه أن يذلل العقبات التى تعوق التألق الطبيعى للتطورات الحيوية". د. رودولف فرشاو[١]

كرس دستور منظمة الصحة العالمية منذ أكثر خمسين عامًا مضت حق التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه باعتباره أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان. وتزودنا رسالة حقوق الإنسان بإطار استرشادى للتحليل والعمل، وتوفر سبلا هامة للعمل من أجل تدعيم المساءلة بشأن الصحة[٢]. وفى أعقاب الحرب العالمية الثانية اعتمد المجتمع الدولى الإعلان العالمى لحقوق الإنسان عام ١٩٤٨، ثم وضعت معاهدتان منفصلتان فى عام ١٩٦٦: العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية، والعهد الدولى للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وفى معرض فهم الحق فى الصحة قال أناند جروفر، المقرر الخاص للحق فى الصحة بمفوضية حقوق الإنسان ومقرها جنيف: "أنه لا يعنى [الحق فى الصحة] مجرد أن يكون الفرد موفور الصحة، وإنما يتطلب [الحق فى الصحة] من الحكومات والسلطات العمومية وضع سياسات وتنفيذ خطط عمل من شأنها أن تؤدى إلى إتاحة الرعاية

---

(١) رودولف فرشاو: عالم من الرواد والقمم الطبية في القرن التاسع عشر (١٨٢١-١٩٠٢). ولد في بروسيا ودرس الطب والتاريخ والشعر العربي. عارض بسمارك سياسيًا وأنكر وجود جنس بشري نقي.

(٢) هارلم برونتلاند، صيف ٢٠٠٢، مدير عام منظمة الصحة العالمية سابقًا .

الصحية وتوفير سبل الحصول عليها للجميع فى أقصر وقت ممكـــن. وهـــذا مـــا لا يحدث فى الواقع بالشكل الأمثل، فالحق فى الصحة أشبه بأوراق خضراء فى شجرة داخل غابة فتخيل أن هناك حريقًا فى هذه الغابة"[١].

وقد فسرت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية فى مفوضية حقوق الإنسان فى تعليقها العام رقم (١٤) أن الحق فى الصحة يعتبر حقًا جامعًا لا يشمل توفير الرعاية الصحية الملائمة فحسب - وإنما يشمل توفير العوامل المحددة الأساسية للصحة مثل المياة الصالحة للشرب والإصحاح الملائم والغذاء المأمون والسكن والظروف المهنية والبيئية الصحية - والاستفادة من فرص التعليم والمعلومات المتعلقة بالصحة.

فى العقود الأخيرة تصاعد الاهتمام عالميًا وإقليميًا ومحليًا بالنظم والسياسات الصحية، وصدر إعلان الألفية الثالثة للتنمية (MDGs) فى عام ٢٠٠٢، وتقع الصحة فى بؤرة أهدافه الأصيلة.

وابتدأ باراك أوباما- أول رئيس أمريكى ملون- عهده بفتح ملف الصحة والتأمين الصحى الشامل لكل الأمريكيين فى إنصاف وكفاءة.

ويتعرض فى نفس الوقت النظام الصحى البريطانى - أعرق نظم العالم الصحية والذى تموله الضرائب التصاعدية على الدخل لكل المواطنين، ويقدم حزمة خدمات صحية وطبية تتسم بالشمول- إلى ضغوط هائلة، تسعى إلى إدخال مفاهيم جديدة تتسق ومفاهيم السوق والعرض والطلب، والعائد والتكلفة، مما قد يخل بمعايير الإنصاف والعدالة.

(١) أناند جروفر: المقرر الخاص للحق في الصحة بمفوضية حقوق الإنسان جنيف ٢٠٠٩.

فى هذا السياق العولمى الهام قد نرى ضرورة النظر إلى واقع النظام الصحى المصرى وسياساته الصحية بأبعادها المختلفة، باعتباره استجابة اجتماعية لما يواجهه المجتمع من مشكلات صحية واجتماعية، والنظر إلى المؤشرات الصحية – ليست – كمجرد نتيجة لكم ونوع الخدمات الصحية وما ينفق عليها – فحسب – وإنما باعتبارها "حصيلة للنظام الاجتماعى والإدارى الكلى"[١]. فكلما كان المجتمع قادرًا على احترام وصيانة مبادئ وقيم حقوق الإنسان، تحسنت هذه المؤشرات بما يؤكد أن صحة الناس هى انعكاس لاحترام وتلبية حقوقهم الصحية.

"إن مصر دولة تاريخية محورية، لها دور أقليمى راجع لعبقرية موقعها دوليًّا"[٢]، ومع ذلك فهى ليست حقيقة جغرافية – فحسب – ولكنها عامل اقتصادى من الطراز الأول، فهى تقع فى مفترق طرق ثلاث قارات، وتسيطر على طرق بحرية تمر بها سلع تجارية ضخمة الحجم[٣]. إجمالى سكانها المسجلين فى ٢٠٠٩ يتجاوز ٨٣ مليون نسمة، ونسبة السكان أقل من ١٥ عامًا : ٣١%، ومعدلات الأمية فيها ما زالت من أعلى معدلات المنطقة (حوالى ٣٠%)، ومعدلات سوء التغذية والتقزم عند الأطفال تمثل حوالى ٢٥%[٤]، ومن الناحية الوبائية والسكانية تمر مصر بحالة الانتقال السياسى والاقتصادى والصحى، وتواجه أعباء مزدوجة للأمراض السارية والأمراض الغير سارية.

والنظام الصحى فيها تاريخى – أيضًا – أُرسيت دعائمه الحديثة منذ عهد محمد على باشا، ويدار حاليًا من خلال وزارة للصحة (بداية من عام ١٩٣٦) مركزيًا يتبعها عدد من مديريات الصحة فى المحافظات (مديرية صحية لكل محافظة بأجمالى ٢٩ مديرية)، إضافة إلى عدد من المناطق الصحية فى المراكز الإدارية يصل إلى حوالى ٢٥٠ إدارة (أو منطقة) صحية.

(١) محمد سيد سعيد، أحوال مصرية، مجلة. مقدمة لملف الصحة، ٢٠٠٢.
(٢) عبقرية الموضع والموقع، د. جمال حمدان
(٣) د. عبد المنعم سعيد. تقرير التنمية البشرية ٢٠٠٨.
(٤) المصدر السابق

وتقدم الخدمات الصحية والطبية من خلال العديد من منافذ تقديم الخدمات في تفتت وتناثر وتنوع – مدهش:

- جهات حكومية (وزارة الصحة، وتتبعها مؤسسة علاجية ومستشفيات تعليمية) .
- وزارة التعليم العالى، وتتبعه مستشفيات جامعية .
- وزارات أخرى كالدفاع والداخلية والأوقاف والكهرباء والمواصلات والزراعة.
- جهات شبه حكومية: مستشفى مصر للطيران وقطاع البترول وشركاته.
- جهات شبه مستقلة تدار حكوميًا (الهيئة العامة للتأمين الصحى) .
- ومن خلال منافذ القطاع الخاص والأهلى (مستشفيات خاصة وعيادات خاصة ونقابات وجمعيات أهلية إلخ) .

ويمول القطاع الصحى المصرى تمويلاً مختلطًا يجمع بين ما يُخصص من الموازنة العامة الحكومية، وما يُجمع من اشتراكات المؤمن عليهم فى نظام التأمين الصحى الاجتماعى الحالى، وما يدفعه المواطنون مباشرة من جيوبهم الخاصة للحصول على الخدمة بالنسب التالية على الترتيب: (٢٩% - ١٠% - ٦١%)[١].

وفى نفس السياق، ينص الدستور المصرى الصادر فى عام ١٩٧١ فى مواده رقم ١٦، ١٧ على كفالة الدولة للخدمات الثقافية، والاجتماعية، والصحية، وخدمات التأمين الاجتماعى الصحى ويعد ذلك هو الأساس القانونى للحق فى الصحة والرعاية الصحية فى البلاد.

إذن – دستوريًا، تُعتبر وزارة الصحة مسئولة عن صحة جميع المواطنين المصريين بمعنى العمل على تحسين الحالة الصحية لهم جميعًا بلا تمييز ولا تفرقة، خاصة الاتجاه نحو تخفيض معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة، والأمهات والحوامل، والحد من آثار الزيادة السكانية غير الرشيدة – (قبل أن تنفصل عنها وزارة

---

(١) الحسابات القومية للصحة في مصر ٢٠٠٥ (NHA)

الأسرة والسكان، والتى كانت قد اندمجت فيها منذ أكثر من عقد من الزمان!!!)، والحد من مخاطر عبء المرض، وتوفير الحماية التأمينية الصحية والاجتماعية وفقًا لأهداف المجتمع والدستور، وأهداف الألفية الثالثة وغيرها من المواثيق.

وفى بدايات عام ١٩٩٦، قامت وزارة الصحة والسكان (وقتها) بإعادة تقييم القطاع الصحى، اتضح من خلاله مدى الاحتياج لإصلاح صحى شامل، وقدمت وثيقة أساسية للبدء فى الإصلاح، حددت السياسات والاستراتيجيات الصحية التالية:

- **تغطية السكان بالكامل وتدريجيا بخدمات التأمين الصحى.**
- **تنظيم تقديم الخدمات الصحية بنظام موحد، يرتكز على وحدات ومراكز لصحة الأسرة.**
- **اعتماد اللامركزية فى التخطيط والإدارة.**
- **تكامل مستويات تقديم الخدمة بدءًا بطبيب الأسرة، وانتهاء بالمستشفيات المتقدمة.**
- **تطوير الهياكل والنظم الإدارية الضرورية لعملية الإصلاح.**
- **توفير الأدوية الأساسية لكل المصريين بلا تمييز وبأسعار مقبولة.**

وبعد مرور أكثر من عقد كامل على البدء فى عملية إصلاح القطاع الصحى فى مصر، ما زالت الكثير من التحديات قائمة، بل يمكن أن ندعى – بلا مبالغة – أن بعضها قد تفاقم.

- **فما زالت جهات تقديم الخدمة الصحية فى تبعثرها وتعددها دون تنسيق أو تكامل؛ وهو ما ينعكس فى هدر الموارد المحدودة. وما زالت معايير الإتاحة للحصول على الخدمة تفتقد الإنصاف والعدالة.**

- **وما زالت تغطية السكان بالحماية التأمينية تتسم بالقصور (٥٠% من السكان فقط).**
- **وما زال الإنفاق العام على الرعاية الصحية يتسم بالتدنى والضعف (٤.٧% من الموازنة العامة ٢٠٠٩/٢٠١٠). وما زال الإنفاق الذاتى الغير منظم والغير منخرط فى وعاء تأمينى يتجاوز كل المعدلات المقبولة عالميًا (أكثر من ٦٠% من جملة الإنفاق على الصحة).**
- **وما زالت انتهاكات الحق فى الرعاية الصحية تصدم الأعين والقلوب، ومسلسلات الإهمال الطبى تثير الكثير من الأحزان على مصير الضحايا.**
- **وما زالت محددات الصحة الاجتماعية فى حالها المتدنى الذى يهدد المواطنين بالأوبئة القديمة والمحدثة – التى تخلصت منها الكثير من البلدان فى العالم.**
- **وما زال السوق الطبى يتسم بالفوضى والعشوائية بلا دور للمنظم القوى الذى يحقق معايير الإنصاف والإتاحة والكفاءة.**

لقد نبه آدم سميث أحد الآباء المؤسسين للرأسمالية – يومًا ما – إلى أهمية تنظيم السوق، وعدم تركه لقوى الاحتكار والعشوائية؛ حتى يؤدى وظيفته بكفاءة. وأشار إلى أهمية وضع الأسس القانونية، التى تسهل التبادل بين البائع والمشترى عبر صيغ تعاقدية واضحة؛ حتى لا تصبح الأطراف المتحركة بيننا مطلقة وخطرة، ويصبح دون ذلك – الرأسماليين – أعداء للرأسمالية بالممارسة الخطأ التى تدمر السوق – حيث يتقابلون ليتآمروا على القطاع الرسمى للمنافع العامة، أو ليرفعوا الأسعار.

ما سبق فى مجمله، كان الدافع الأساسى – لكاتب المقدمة [مراجع ترجمة الكتاب] وللمترجم – فى اختيار هذا الكتاب "المرْجِع" الذى يقدمانه للمساهمة فى الحوار الدائر – حاليًا – حول مستقبل نظامنا الصحى، لعله يصبح أحد أدلة العمل

المرشدة لصانعى السياسات الصحية، ولقيادات القطاع الصحى العليا والوسيطة، وقد كنا بين صفوفهم لسنوات طويلة، ولعله يساهم فى إضاءة الطريق الملبد بالغيوم فى سياق مشروع التأمين الصحى الشامل ليصبح العلاقة التعاقدية للمستقبل القريب والبعيد لنظامنا الصحى، باعتباره وسيلة إلى غاية، وهى تحسين صحة المواطنين وكفالة حقهم فى الرعاية الصحية.

د. علاء غنام

تمهيد

في سنوات العقود الأخيرة بذلت العديد من الحكومات جهودًا من أجل إصلاح وإعادة تنظيم أنظمتها الصحية. فقامت بخلق أنظمة جديدة للتأمين الصحي، وغيرت من طرق تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وأعادت هيكلة إدارة المستشفيات وتبعيتها، وفككت مركزية نظم تقديم الخدمات الصحية الحكومية – كل ذلك في سعي من أجل تحقيق أداء أفضل وإنصاف أفضل. إلا أن العديد من هذه الجهود أفضى إلى نتائج مخيبة للآمال. فما زال المرضى يشتكون من سوء الخدمة المقدمة إليهم، وما زال الأطباء يشكون ضعف المرتبات، وما زال القائمون على وضع الميزانيات يشتكون من ارتفاع تكاليف القطاع الصحي. وقد دخلت بعض البلدان في جولات متتالية من تشريعات الإصلاح، بينما كابد البعض الآخر من أجل تنفيذ الخطط التي أقروها. وما زال البعض الآخر يراوح مكانه محتارًا في الخطوة التالية.

والمقصود من هذا الكتاب، هو مساعدة من وجد نفسه في وسط لجة إصلاح القطاع الصحي. وكما يوحي العنوان الآخر الذي اخترناه، فهو كتاب يقف كدليل مرشد مصمم لتقديم نصيحة عملية تساعد القائمين على الإصلاح على تحسين أداء نظامهم الصحي، مع التركيز الخاص على تحقق الإنصاف من نتائج هذا الإصلاح. وفي الوقت الذي نستخدم بشكل مكثف الأدبيات الأكاديمية في هذا الكتاب، إلا أننا لا نمضي في هذا المشروع كتمارين أكاديمية. بدلاً من ذلك، ويخرج الكتاب من بين سنوات عديدة من الدورات التدريبية، والمؤتمرات العلمية لمتخذي القرار في القطاع الصحي من أنحاء العالم، ومن عملنا الميداني في علاقات استشارات وخبرات فنية مع العديد من الحكومات المختلفة.

هناك أربع سمات حاسمة فى مقاربتنا هذه لعملية إصلاح القطاع الصحى: الأولى هى أننا ننظر إلى القطاع الصحى بوصفه **وسيلة** من أجل تحقيق **غاية**. نحن نلح على القائمين على عمليه الإصلاح الصحى أن يحاكموا نظامهم الصحى بالنتائج المترتبة وبتحديد المشاكل من خلال مفردات القصور فى الأداء، وبقياس الحلول المقترحة من خلال ما تعد به من علاج لنواحى القصور هذه، وتشخيص كل حالة، وتطوير السياسات. هذا النوع من الأساليب كان ينقص غالبًا فى جهود الإصلاح الصحى، ونقصه هذا مسئول جزئيًا عن تلك النتائج المخيبة للآمال.

السمة الكبيرة الثانية لمقاربتنا هذه هى التزامنا بمزج الخبرة الدولية بالحساسية العميقة إزاء الظروف المحلية. فى هذا الكتاب لن نخبر من يقومون بعملية الإصلاح بما نظن أنها "الإجابة الصحيحة". بدلاً من ذلك سوف نمنحهم أساليب وأدوات يستطيعون استعمالها أثناء تطويرهم لإجابات تناسب الموارد الاقتصادية، والظروف السياسية، والقدرات الإدارية لأوضاعهم القومية التى تخصهم. إننا نمنح دليلاً استرشاديا لتلك الاختيارات، تقوم على أساس من خبرات تجارب الإصلاح فى أنحاء العالم، ولكن هذه الإجابات يجب دائمًا أن تتكيف مع السياق المحلى. مرة أخرى، نحن نؤمن أن العديد من خيبات الأمل الأخيرة يمكن ردها إلى التبشير الأعمى ببعض سياسات الحلول المفضلة من جانب الخبراء الدوليين أو الوكالات الأجنبية – دون فهم كاف للظروف المحلية.

التزامنا الكبير الثالث هو لمقاربة متعددة التخصصات الأكاديمية لمشاكل إصلاح القطاع الصحى. ومع الاعتراف المسبق، فمدى المفاهيم والأساليب المتعلقة بذلك هو مدى رحب جدًا بشكل مهول. ولكن التحليلات الضيقة الأفق، والتى تتجاهل السمات الهامة للأوضاع، تستدعى الفشل فقط من التوابع الغير متوقعة أو الصعوبات غير المحسوبة. ولأن التدفقات النقدية والحوافز يمتلكان أهمية كبيرة جدًا لفهم أى نظام صحى، فنحن نغالى فى استخدام التحليل

الاقتصادى. ولكننا نؤمن أيضًا أن الحوافز وحدها لا تفسر كل شيء؛ لذلك نحن نركن بشدة إلى النظرية التنظيمية، وعلم النفس الاجتماعى لشرح مسلك الأطباء، والمستشفيات، والمرضى، واللاعبين الآخرين. إضافة إلى ذلك، نحن نقيم الحجة على أن صب الانتباه على المسائل الفنية وحدها لن يسمح للقائم على الإصلاح بتكوين الفهم الكامل ولا بأن يكون فعالاً فى الأحوال الواقعية. ومن هنا، نحن نكرس كثير من الانتباه لفهم السياق السياسى لإصلاح القطاع الصحى، وإلى تطوير الاستراتيجيات السياسية التى يمكنها الدفع بعملية الإصلاح السياسى إلى الإمام. وأخيرًا، نحن نقيم الحجة على أن سياسة الإصلاح الصحى سوف تتضمن لا محالة اختيارات أخلاقية. وهكذا فإن بناء موقع قدم فى الفلسفة السياسية والأخلاقية الأساسية هو أمر لا غنى عنه من أجل تفهم القائمين على عملية الإصلاح ومن أجل تحديد تلك الاختيارات بطريقة رشيدة.

هذا المنطلق الأخلاقى يقودنا إلى السمة الحاسمة الأخيرة فى مقاربتنا. فجوانب الإنصاف فى جهود إصلاح القطاع الصحى هى موضوع قضية مستمرة فى كتابنا هذا، تعكس كلاً من قيمنا الشخصية والهموم التى عبرت عنها الأهداف التنموية للألفية التى أقرها المجتمع الدولى. نحن نعترف ونناقش بوضوح وصراحة كيف تتنوع الآراء ووجهات النظر حول الإنصاف فى أنحاء العالم، وفى نفس الوقت، نقدم وجهات نظرنا الأخلاقية، ونشير إلى كيف أن الإنصاف فى أداء النظام الصحى يخضع لنفوذ أنواع متعددة من جهود الإصلاح.

وبينما نؤمن أن المزيد من التحليل المنهجى يمكنه أن يكون فارقا فى جهود إصلاح القطاع الصحى، فلسنا سذجًا حول المصاعب المتوقعة. فالأنظمة الصحية هى أنظمة شديدة التعقيد للغاية وغالبا ما يكون رد فعلها على المبادرات السياسية غير متوقع. والمستفيدون من الوضع الراهن سوف يستمرون فى مقاومة التغيير. وغالبا ما يتجاهل أنصار الإصلاح الحقائق المحلية، أما الوكالات والهيئات الدولية

فإنها تلبى دوافعها هى وتستجيب لقوى دفع حركتها الداخلية الخاصة بها. إلا أننا ما زلنا نعتقد أن زيادة كلٍ من رحابة وعمق التفكير حول الإصلاح قادران على قيادتنا إلى نتائج أفضل فى مجال الأداء، وهو ما نسعى إلى تيسيره فى هذا الكتاب.

تَطلّب إنتاج مثل هذا العمل، الذى يستهدف مثل هذه المستهدفات ست سنوات من التعاون الوثيق – منتج للعديد والعديد من اللقاءات والمذكرات والمناقشات والمواجهات. كتبت مسودة فصول الكتاب وخضعت للتحليل النقدى، وتحرر النص وروجع مرات عديدة فى أغلب الأحوال. وقد انصب اهتمام البعض على صياغة المفاهيم التى قدمناها، بينما ساهم البعض الآخر باستخلاص حكمة سنوات من الخبرات صعبة المنال. ولم يكن ليستطيع اثنان منا أو ثلاثة إنتاج ما أنتجه أربعتنا معًا من إنتاج.

ويعود الفضل فى المبادرة بهذا المشروع إلى بول شو بمعهد البنك الدولى، الذى بدأ فى عام ١٩٩٦ تنظيم برنامج تدريسى أصبح معروفًا بوصفه "أبرز الدورات التدريبية فى مجال إصلاح القطاع الصحى والتمويل المستدام". طلب شو من هسياو أن يكون مسئولا عن كتابة موضوع تمهيدى حول تقييم الأنظمة الصحية وتشخيصها. ضم هسياو فيما بعد بيرمان ورايخ وروبرتس، ليبدأ عملنا المشترك.

فى صيف ١٩٩٧، أنتجنا مجموعة مذكرات حول الخلفية العامة والمواد التدريبية من ست فصول عند افتتاح هذه الدورات التدريبية لأول مرة، والتى أجريت فى فصل الخريف من هذا العام فى واشنطن العاصمة، لتسعين مشاركًا من العديد من البلدان. وأصبحت أوراق الخلفية العامة هذه أول مسودة لهذا الكتاب. وفى صيف ١٩٩٨، خص البنك الدولى روبرتس لإعادة كتابة وتوسيع هذه المادة العلمية للدورة التدريبية التى عقدت فى العام التالى. بعد هذا العرض، اتفقنا نحن الأربعة على تجميع جهودنا والعمل معًا من أجل تحويل هذه المذكرات إلى كتاب. واستخدمنا النسخ اللاحقة للمخطوطات التى كانت تنتج سنويًا عن كل دورة تدريبية

كبيرة – سواء انعقدت فى واشنطن أو فى الخارج. وأثناء النصف الأخير من عام ٢٠٠٢ وشتاء عام ٢٠٠٣، قام كلاً من روبرتس ورايخ، مع الجهد التحليلى والنقدى من هسياو وبيرمان، بمراجعة المخطوطات بهدف تسليط الضوء على المواضيع الرئيسية، ومن أجل تكامل الأجزاء المختلفة والمتنوعة، ومن أجل ضمان انسجام السياق، ومن أجل أن يكتسب النص طابعًا مشتركًا.

يرتكن الكتاب إلى ستة مساهمات مفاهيمية أساسية، والتى حددناها فى الفصل الأول. ولسوف نشير هنا إلى المصدر الأولى لكل واحدة منها.

فصياغة مفهوم "دورة السياسة" جاءت من العمل الذى كان يقوم به روبرتس بالاشتراك مع زميله كريستيان كويك، فى منهج دراسى كانا يدرسانه عن السياسات الصحية.

وطور روبرتس ورايخ "إطار العمل الأخلاقى"، كلاهما مع زميلهم كارل لاوترباخ، من أجل منهج تدريسى كانوا يدرسونه فى أخلاقيات الصحة العامة طوال أكثر من عقد كامل من السنين.

ومفهوم "التحليل السياسى" الذى استخدمناه قام روبرتس بتطويره، هو وتطبيق الحاسب الآلى الذى صنعه والمسمى باسم "صانع السياسة" (مع ديفيد كوبر).

أما مفهوم "أن النظام الصحى هو وسيلة من أجل غاية" و"صياغة الهدف من الأداء" قام هسياو بتطويره من أبحاثه والدور الاستشارى الذى لعبه لصالح العديد من البلدان. وقد صقل روبرتس وبيرمان هذه المفاهيم وعلاقاتها مع "إطار العمل الأخلاقى".

وعملية وضع مفهوم "لأزرار التحكم" قام بتطويرها هسياو – من بينهم ثلاثة "أزرار" نوعية (التنظيم، وضع الأحكام واللوائح، والسلوك) تم تعميق مفهومهم وتوسيعه نتيجة لمناقشاتنا معًا.

ومفهوم "شجرة التشخيص" جاء من روبرتس.

والآن بعض الكلمات عن المسئولية الأولية فى تأليف فصول بعينيا من الكتاب. الفصل الأول (المقدمة)، والثانى (دورة السياسة) كتبها روبرتس مع مساعدة وضعها رايخ. الفصل الثالث (الأخلاقيات) كتبه روبرتس ورايخ. الفصل الرابع (السياسة) كتبه رايخ. الفصل الخامس (الأهداف)، والسادس (الأداء) وضعه روبرتس. الفصل السابع (التشخيص وتطوير السياسات) كتبه بيرمان وروبرتس. الفصل الثامن (التمويل) وضعه هسياو وروبرتس. الفصل التاسع (الدفع مقابل الخدمة) وضعه هسياو والعاشر (التنظيم) وضعه روبرتس وبيرمان والحادى عشر (الأحكام واللوائح) وضعه هسياو وروبرتس. الفصل الثانى عشر (السلوك) وضعه رايخ. الفصل الثالث عشر (الخلاصة) من تأليف روبرتس مع مساهمة من كل منا. بالطبع، كل واحد منا ساهم بأفكار هامة فى هذه الفصول كلها، لم تنعكس بشكل كاف فى هذه القائمة.

مشروع على هذه الدرجة من التعقيد، ويستغرق كل هذا الوقت فى التنفيذ، تتطلب دعمًا من عديد من الناس. فنحن ندين كثيرًا لأن جونسن من البنك الدولى. فهى كمنظمة ومدرسة مشاركة للعديد من الدورات التعليمية الكبرى، دفعتنا مرات عدة لتوضيح أفكارنا وساهمت بآراء سديدة حاسمة عدة طوال سنوات تأليف الكتاب. وبول شو الذى بدأ هذا العمل كله، وهاديه كرم، وهما أيضًا من معهد البنك الدولى، كانا بالمثل أصحاب رؤى نقدية فى العمل، وتعليقات، وشركاء فى المجهود بقيمة كبيرة. وآخرين ممن قاموا بالتدريس فى الدورات الدراسية الكبرى على تنوعها، وساهموا بشكل عظيم فى التفكير معنا هم: ريكاردو بيتران، والكس بريكر، وميليتا جاكاب، والان مابنارد، وجورج شيبير، وابريل هارديتج، ويورجن واسام. ونشكر زميلنا فى هارفارد، جورج شيبير، الذى استفدنا بشدة من عمله حول اللامركزية، والذى قدم لنا تعليقات ذات فائدة جمة على الفصل الثانى عشر (السلوك). كذلك نثمن أيضًا دعم الزملاء الذين شاركونا تدريس الدورات الدراسية فى مناطق العالم – خصوصًا ميكلوس سوزيتشكا، وتاماس ايفونوفينس فى بودابست بالمجر.

دعم هذا المجهود الذى استمر سنوات عديدة جاء جزئيًا من منحة لهسياو من البنك الدولى نظير تطويره الأولى للمنهج الدراسى، ومن منحة لرايخ من مؤسسة ادنا ماكونيل كلارك، من خلال البرنامج الذى يديره جو كوك. كل منا تلقى دعما من البنك الدولى لإعداد وتدريس المواد فى الدورات الدراسية الكبرى التى كانت تعقد فى واشنطن، وفى الدورات التى قدمت فى معاهد شريكة فى أنحاء العالم. ونشعر أيضا بالامتنان للدعم الواضح والصريح الذى تلقيناه من مدرسة هارفارد للصحة العامة، خصوصًا من العميد بارى بلوم، ومركز دراسات السكان والتنمية. ومن الأقسام التى نعمل فيها بكلياتنا (السكان والصحة الدولية، والسياسات الصحية والإدارة).

دعم العديد من الأفراد جهودنا فى كتابة هذا الكتاب. وإننا لنود أن نشكر دونالد هالستيد، الذى ساعد فى تحسين الأسلوب وسياق مسودة ٢٠٠١. وأيضا نثمن المساعدة البحثية والعون التصنيفى الذى قدمته كارين لوكوود، وايريس بطرس، واندرو ميتشل. وكارول مالجيتا التى عملت معنا فى تصميم وإنتاج الرسوم التوضيحية التى وردت فى الكتاب كله. ولاننسى هؤلاء الذين ساعدونا فى الكتابة النصية ومراجعة النص هم كاترينا ماير، وبتسى باركر، وفانيسا بينهام، ومارجريت او، وتيم سانت امور، وستيفانى بالدوك. بالنسبة للجولة الأخيرة من المراجعة، آرثر ستوكس قدم لنا خدمات فائقة فى مجال معالجة النصوص بحل الغاز وفك طلاسم جملنا الطويلة الملتوية التى كنا نحررها. ونود أيضًا أن نشير بكل اعتزاز إلى المساهمات الخاصة لواحد من فريق المؤلفين (رايخ)، الذى كان ميسرًا لأعمال الفريق فى مراحل مفصلية من العمل حاسمة ودفع المشروع (وفريقه من المؤلفين) إلى الأمام بكل رحابة صدر ومثابرة، فدون جهوده لا أحد يعرف متى كان سوف ينتهى العمل فى هذا الكتاب. هذا إذا كان سينتهى من الأصل.

أخيرا إننا لنود إن نشكر حرفيًا مئات من المشاركين فى هذه الدورات الدراسية الكبرى فى واشنطن وفى هارفارد وحول العالم على حماستهم وأفكارهم واقتراحاتهم واستجابتهم التى لا تقدر فى الوقت الذى كانوا هم ونحن نكافح خلق الكتاب فى طبعاته المتتالية. ونأمل أن جهودنا سوف تساعدهم مع عملهم الحيوى الذى يؤدونه يوميًا، باحثين عن تحسين الأداء والإنصاف فى نظم الرعاية الصحية لديهم فى أنحاء العالم.

مارك جيه. روبرتس	بوسطن
وليام سى. هسياو	كمبريدج
بيتر بيرمان	بوسطن
مايكل آر رايخ	كمبريدج

المقدمة

تجهيز المسرح

تنخرط الحكومات، عبر العالم، فى عملية إصلاح للقطاع الصحى (ميلز وآخرين، ٢٠٠١، OECD ١٩٩٦، بيرمان ١٩٩٥). والاقتصاديات الانتقالية فى شرق أوروبا ملآنة بمشاريع خطط جديدة للتأمين الصحى الاجتماعى. وأمم القارة الأمريكية الجنوبية تجرى تجارب بحثًا عن سبل مد تغطية التأمين الصحى للفقراء فى كل من الريف والحضر. أما فى أفريقيا فتجارب اللامركزية المالية أدت إلى خلق موارد إضافية للمستشفيات، ولكنها أدت أيضًا إلى مزيد من عدم الإنصاف بين مناطق الأغنياء والفقراء. ولتحسين الكفاءة، دخلت أيضًا عديد من الأمم فى تجارب لكل من نظم جديدة لشراء الخدمة الصحية ، وسبل جديدة لنظام تقديم الرعاية الصحية.

إلا أنه غالبًا ما أدت الحسابات السياسية المتصادمة، والأشكاليات الاقتصادية، والاعتبارات الأخلاقية إلى جدل قومى يسوده الاضطراب والتشويش، مثال: كيف لنا أن نتعامل مع مطالب الأطباء بمزيد من ضخ الأموال؟، ما هى الاستراتيجيات القائمة لتخفيض تكلفة الرعاية الطبية بينما نتوسع فى الضمان الاجتماعى لتغطية الفقراء؟، هل يجب أن نتوسع فى نظام المراكز الصحية العامة، أم نتحرك أكثر فى اتجاه الخدمة الصحية الخاصة لأطباء الأسرة؟، هل يجب أن نطلب من المريض زيادة ما يدفعه من جيبه الخاص، أم نستخدم عوائد الضرائب العامة أكثر؟، هل الإجابة هى مزيد من التكنولوجيا الحديثة ، أم التقليل منها؟ مزيد من الأطباء ، أم تقليل أعداد المدارس الطبية؟ بناء مستشفيات جديدة ، أم إنفاق أكثر على حملات مكافحة التدخين؟ .

مقاربتنا للإجابة على هذه الأسئلة تقوم على أساس البحث داخل نتظم الرعاية الصحية بوصفها "وسيلة لتحقيق غاية". من أجل معرفة هل يعمل النظام الصحى بشكل جيد أم بشكل سيئ، ولتحديد الإصلاحات الواعدة، من الحاسم ألا نُسقط هذا المنظور من تفكيرنا أبدًا. ينصب تركيز الأساليب التى نستخدمها على تمييز الأهداف بشكل ساطع، وتشخيص أسباب سوء الأداء بشكل منهجى، وابتكار إصلاحات تنتج تغييرات حقيقية فى الأداء. سوف نتبنى منطقًا ينادى بأن الإصلاح يجب إن يكون استراتيجيًا قائم على وسائل شريفة – تحليل غايات ما سوف يتحقق على أرض الواقع على الأرجح فى سياق بلد ما بشكل محدد. نحتاج لإخضاع الإصلاحات إلى محاكمة، وليست نوايا القائمين على عملية الإصلاح، ولكن عن طريق محاكمة التغييرات التى تحدثها هذه الإصلاحات فعلاً.

أنصار بعض الأفكار الخاصة عن إصلاح القطاع الصحى لا يقدمون على الأغلب منطق دفاعى يرقى إلى هذا المستوى. بدلاً من ذلك، هم أحيانًا يلحون على إقرار أفكارهم المفضلة، سواء أكانت اللامركزية أم طب الأسرة، أم الرعاية الأولية أم التأمين الصحى الخاص، دون أى تحليل نقدى أو تأمل فى الأفكار (صن وكويفوسالو ١٩٩٨، هارتس وبلاس ٢٠٠١). فمن الغالب جدًّا إن أنصار الإصلاح لا يحددون مشاكل الأداء التى يريدون تحسينها، أو أنهم لا يقولون كيف سيؤدى الإصلاح الذى يقترحونه إلى تلك التحسينات.

نحن نعرف من التجربة أن إصلاح القطاع الصحى هو عملية صعبة (بيرمان ١٩٩٥، ويلسفورد ١٩٩٥). وكما سوف نناقشه أدناه (الفصل الرابع)، المؤسسات القائمة وجماعات المصالح لديهم كلاً من الأسباب والموارد للوقوف فى وجه هذه التغييرات بقوة. نتيجة لذلك، غالبًا ما يتخذ ذلك شكلاً من أشكال الصدمة السياسية أو الاقتصادية لبدء عملية إصلاح القطاع الصحي: أزمة فى الميزانيـــة، أو تغييرًا فى الائتلاف الحكومى، أو فضيحة رأى عام، أو إضراب لمقدمى الخدمة، أو بعض من كل ذلك ، أو أحداث مشابهة. وهذا يعنى أن التغييرات الكبرى

الأساسية فى قطاع الصحة لبلد ما هو أمر غير متكرر. ومن هنا، يجب أن يكون القائمون على عملية الإصلاح مستعدين للامساك بعزم بالفرصة لإحداث تغيير كبير عندما يسمح الوقت.

لسنا على هذه الدرجة من السذاجة- مع ذلك- لنصدق أن الأزمة دائمًا ما تفضى إلى الوحدة حول ما نحتاج إلى القيام بعمله. فالاختلاف فى القيم، والمصالح، والفلسفة السياسية، والمسئولية المؤسساتية، كل ذلك سوف يبرز بهم إلى السطح. على الأرجح لن تتفق وزارة المالية مع وزارة الصحة. لن يرى الأطباء بالضرورة ما تراه إدارة المستشفى؛ ولن تتفق قيادات الحكم المحلى مع متنفذى شركات الدواء. لهذه الأسباب، نحن نشدد على أهمية أن نكون واضحين فى تحديد القيم الأساسية – والسبل التى سوف تؤدى بها هذه القيم إلى تحقيق أهداف مختلفة ، وترتيب أولويات مختلفة للإصلاح. فقط بتوضيح الأهداف والقيم من الممكن ابتكار سياسة تمتلك أملاً فى تحقيق التغييرات التى ينشدها القائمون على عملية الإصلاح.

علمتنا التجارب أيضا أنه بسبب تعقيدات عملية الإصلاح فإن سلوك نظام الرعاية الصحية ليس من السهل السيطرة عليه. فأمام مشاريع خطط التغيير فى نظام شراء الخدمة، على الأرجح سوف يقوم الأطباء والمستشفيات بتعديل مسلكهم حتى يدافعون عن دخولهم (جيلمان ٢٠٠٠، داولينج ١٩٧٧). وأمام فرض لوائح وأحكام على المستشفيات ؛ ربما تقوم المستشفيات بضبط تقاريرها حتى تظهر انصياعًا لهذه الأحكام أكثر مما يحدث فى الواقع الفعلى. وأمام فرض ضرائب جديدة على الدخل ؛ سوف تجد أن بعض مشاريع الأعمال تسعى للالتفاف عليها (رون وآخرين ١٩٩٠). أكثر من ذلك، العلاقات العارضة فى النظام هى أيضًا علاقات معقدة. لذلك قم بتغيير نظام الحوافز للمستشفيات من أجل ضمان الكفاءة فى الأداء، دون تغيير سلطات المدراء فى المستشفى، وقد لا تحدث الخطة الجديدة إلا أقل التغيير. قم بوضع أسس تنافسية فى العطاءات بين المؤسسات حيث لا يوجد إلا قليل من المتنافسين، وقد لا يحدث الانخفاض المأمول فى الأسعار والتكلفة.

صفات النظام الصحى هذه – تعقيده، مقاومته للتغيير، تنوع اتجاهات الرؤى داخله – تعطى عملية إصلاح القطاع الصحى طابع دخوله فى مراحل وفى دورات متتابعة. فعندما تحول بعض الصدمات الداخلية أو الخارجية انتباه الناس فى البلد لينصب على عملية إصلاح القطاع الصحى، يتم التعرف على سمة معينة من سمات النظام الصحى على الأغلب بوصفها السمة الحرجة، ومن ثم تصبح هدفًا للمجهود الرئيسى لعملية الإصلاح. ولكن خطوات الإصلاح المبدئية غالبًا ما تؤدى إلى مزيد من المشاكل الغير متوقعة. ويمكن ساعتها أن نتوقع جولات جديدة إضافية من الإصلاح (غالبًا ما تكون أقل شأنًا). والنتيجة، التغييرات الأولية قد تكيفت، واكتملت وتعدلت (بل حتى تفككت) بالأفعال اللاحقة. نناقش دورة الإصلاح الصحى بالتفصيل فى الفصل الثانى.

بل أكثر من ذلك، ولأننا نصب انتباهنا على النتائج، سوف نصر خلال هذا الكتاب كله على أن الأمور العملية وأمور التنفيذ يجب ألا نغفلها أبدًا. ففى الوقت الذى تكون فيه الخبرة الدولية مصدرًا قيمًا للأفكار والاسترشاد، نحث القارئ على إلا ينسى أن السياسات التى نجحت فى العمل بشكل جيد فى بلاد أخرى دائمًا ما تحتاج إلى وضعها محل تقييم فى سياق بلدك الخاص. تختلف كل أمة عن الأخرى، والتقليد الساذج نادرًا ما ينصح به أحد. لدى القائمون على عملية الإصلاح العديد من الأسئلة يوجهونها إلى أنفسهم: إلى أى مدى نظام البيانات لدينا هو نظام جيد؟ وإلى أى مدى نظامنا القضائى هو محترم؟ ومدى حيوية الإدارة لدينا؟ وكما أشرنا أعلاه، تحتاج عملية وضع السياسة إلى أن تتطور بأسلوب واقعى ومن خلال نقد ذاتى. مثل هذا النحو المتشكك وفحص الذات يمكنه المساعدة على نشوء خطط تمتلك فرصًا معقولة للنجاح فى المجال القومى لمن يقوم على عملية الإصلاح.

السياق المتطور لإصلاح القطاع الصحي

عندما بدأنا العمل في هذا الكتاب منذ عدة سنوات مضت، كانوا يروجون لعملية الإصلاح الصحى بوصفها طريقة لحل مشاكل الأنظمة الصحية للبلدان رغم اختلاف وتباعد ظروفها بشكل واسع. في المنتصف، حتى المناقشات الدولية حول التنمية أصبحت تضع تشديدًا أعظم على الصحة – بوصفها كلاً من هدف محورى للتنمية وبوصفها أداة لتحفيز وتوسيع نتائج الرفاهة الأخرى (مفوضية الاقتصاديات الكلية والصحة ٢٠٠١). وقد دافع امارتيا صن من منظور فلسفى عن منطق أن الصحة هى عنصر جوهرى للطاقات البشرية المطلوبة للتنمية (صن ١٩٩٩). ومن منظور اقتصادى، تم تعريف صحة السكان بوصفها قضية نمو اقتصادى على المستوى القومى (بلوم وكننج ٢٠٠٠). إضافة إلى ذلك، ربطوا بين ضعف الصحة وبين فقر الأسر، بواسطة دراسات أظهرت أن النوبات الحادة للأمراض التى من الممكن تجنبها هى سبب كبير لسقوط الأسر فى هاوية الفقر والضيق (ليو وآخرون ٢٠٠٣). وفى الإجمال، نشأ توافق جماعى على أن الرعاية الصحية هى أمر هام لكل من تحقيق مستوى صحى أحسن، ولتحقيق الأهداف العامة للتنمية.

تاريخيًا، ينسب علماء الصحة العامة المكاسب الكبرى فى صحة السكان إلى مثل هذه التحسينات فى تغذية أحسن، وتخلص أفضل من النفايات والصرف الصحى، وظروف سكن أفضل، وسلوكيات صحية أكثر سلامة نابعة من التعليم (بريستون ١٩٧٥). وأحدث الشواهد تشير إلى أن الرعاية الصحية مسئولة أيضًا عن نصيب ملموس من التحسن فى أوضاع البلدان الفقيرة (منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩)، وأن تقديم الحزمة السليمة من خدمات الرعاية الصحية الأساسية يمكنها أن تحرز خفضًا هامًا فى معدلات الوفاة وخطورة المرض (البنك الدولى ١٩٩٣، جواتكين وآخرون ١٩٨٠). هذه الارتباطات العرضية تفترض أن لإصلاح القطاع الصحى دورًا حاسمًا يلعبه فى الصحة وفى التنمية.

في ٢٠٠٣، بينما أوراق هذا الكتاب تمضى إلى المطبعة، تركز الجدال الدولى فى موضوع سياسات التنمية حول تحقيق الأهداف التنموية للألفية، تلك الأهداف النوعية حول خفض الفقر، متضمنة عددا من النتائج الصحية المعينة مثل السيطرة على الأمراض المعدية، وإدارة التعامل مع أمراض الطفولة (صندوق النقد الدولى وآخرون، ٢٠٠٠). وتقوم البلدان، بتشجيع من الوكالات الدولية، بتطوير "أوراق استراتيجية خفض الفقر"، بوصفها دلائل ملموسة لاستثمارات التنمية، متضمنة القطاع الصحى (البنك الدولى ٢٠٠١). إضافة إلى ذلك، الصندوق العالمى لمكافحة الإيدز، والسل والملاريا كان قد تأسس لحشد وتعبئة موارد مالية جديدة لمواجهة هذه الأمراض الثلاثة. ولأن هذه الحملات الجديدة تركز بؤرة انتباهها على خفض الفقر والسيطرة على الأمراض، إلا أن، لغة إصلاح القطاع الصحى ومنظور تحليل النظام الصحى لا يلقى إلا اهتماما قليلاً - وهو تطور غير موفق.

وبينما يتصاعد الجدل حول السياسات، تظل مشاكلها قائمة. فمخاطبة المشاكل الصحية الملحة التى هى الآن بؤرة تركيز الاهتمام الدولى سوف تتطلب فى العموم أنظمة رعاية صحية فعالة من النوع الذى لم يوجد بعد فى العديد من البلدان. على سبيل المثال، الوقاية من مرض الإيدز وعلاجه، أو الرعاية المتكاملة للطفل المريض، أو الذى يعانى من سوء التغذية سوف يتطلب نظم رعاية صحية، تستطيع تقديم خدمات عالية الجودة ميسورة المنال، خصوصًا للفقراء والمهمشين. ومن المتفق عليه بشكل عريض أن القطاع الصحى فى العديد من البلدان النامية لا يستطيع مواجهة التحديات اليوم دون إصلاح جوهرى. حتى لو زاد التمويل بحجم ضخم فإنه لن يكون كافيا، إذ لم تمتلك الأمم مؤسسات وبنية تحتية حتى تستخدم مثل هذه الأموال بشكل فعال. باختصار، تظل مادة موضوع هذا الكتاب مناسبة آنيًا ومطلوبة بشكل ملح.

مقاربتنا لعملية إصلاح القطاع الصحى تستدعى معًا ستة عناصر هامة سوف نضعها فى اعتبارنا بشكل منهجى فى الفصول التالية. سنناقش الخمس نقاط الأولى فى الفصول من الثانى للسابع، مع تسليط الضوء على الأساليب. المجموعة السادسة من المفاهيم تقدم إطار عمل لتحليل أنظمة الرعاية الصحية واختيارات الإصلاح من الفصل الثامن حتى الثانى عشر. والعناصر الستة هى كالتالي:

- وصف **لدورة السياسة** وتعريف للمهام الأساسية التى يجب أن يكون القائم على الإصلاح جاهزًا للاضطلاع بها فى كل مرحلة من مراحل العملية (الفصل الثانى).
- وجود دليل للنظرية الأخلاقية للمساعدة فى تدبر الأسس الأخلاقية لأهداف السياسات والأوليات التى تساعد فى تحديد أجندة الإصلاح (الفصل الثالث).
- وجود مقدمة فى التحليل السياسى المنهجى، لأن للسياسة شأن هام مع كل خطوة فى دورة الإصلاح الصحى. لذا يجب أن يتم التحليل السياسى مبكرًا، وعلى الأغلب عبر دورة السياسة كلها (الفصل الرابع).
- وجود مجموعة من الأهداف الجوهرية لأداء النظام الصحى ومعايير الأداء الوسيطة التى تمكنها أن تخدم كأدلة لتقييم الأداء. نحن نربط هذه الأهداف بالنظرية الأخلاقية (الفصل الخامس والسادس).
- وجود مقاربة منهجية لتشخيص النظام الصحى، التى يمكن تعلمها وممارستها بشكل فعال. تقوم هذه المقاربة على أساس فكرة العمل العكسى من تحديد مشاكل الأداء إلى تحديد أسبابها والأسباب التى سببت أسبابها، باستخدام تكنيك نسميه "شجرة التشخيص" (الفصل السابع).

- إطار عمل لـــ "خمس أزرار للتحكم" فى النظام الصحى لتلخيص الاختيارات المتاحة أمام القائمين على عملية الإصلاح (شراء الخدمة، التمويل، التنظيم، اللوائح التنظيمية، السلوك) لممارسة التأثير على أداء النظام الصحى. تلك الشرائح تقدم نقطة انطلاق لكل من إجراء العملية التشخيصية، وتطوير سياسات ملموسة، لتحقيق أداء أفضل (الفصول من الثامن إلى الثانى عشر).

بمزج هذه الأفكار والتكنيكات، يمتلك المنفذون فرصة أفضل لأنتاج إصلاحات قابلة للتنفيذ من أجل تحقيق الأهداف المرغوبة. وفى الخلاصة التى انتهينا إليها (الفصل الثالث عشر) نستخلص معًا الدروس الأساسية من الفصول التى تتناول الأساليب فى الجزء الأول وتعرض المناقشات الجوهرية فى الجزء الثانى. إننا لا نبحث مع ذلك عن تقديم مجموعة مفردة من الحلول المفضلة، لأن البلاد متنوعة جدًا بدرجة لا تسمح بإقرار مقاربة واحدة قابلة للتطبيق بشكل شامل. تختلف البلدان فيما بينها اختلافًا واسعًا فى مستويات التنمية الاقتصادية، والظروف الاجتماعية، والقيم السياسية، وأنماط الأمراض، والترتيبات المؤسساتية. حيث تتراوح البلدان فيما بينها فيما يتعلق بمعدلات دخل الفرد من عدة مئات من الدولارات فى السنة إلى عشرين ألف وما يزيد. فى بعض البلدان، نصف الأطفال الذين يولدون أحياء يموتون قبل سن خمس سنوات؛ على حين أنه فى بلدان أخرى، موت الطفل هو حدث نادر الوقوع. هناك بلدان عديدة يندر فيها وجود الأطباء لحد وجود طبيب وأحد لكل ١٠ إلى ٢٠ ألف نسمة، بينما توجد بلاد ليست بالقليل ربما تصل النسبة إلى طبيب واحد لكل عدة مئات من السكان (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠، ٧٩).

والاختلافات الأخرى فيما بين ظروف البلدان هى اختلافات مدهشة بنفس الدرجة. ففى بعض البلدان، الخدمة المدنية خدمة يعتمد عليها وممتلئة بالحيوية والنشاط؛ بينما فى بلدان أخرى، هى خدمة فاسدة وعاجزة (هوديس وآخرون ٢٠٠١). وبعض البلاد تنعم بالثروات المعدنية والزراعية، وبلاد أخرى تمتلك مناخًا

قاسيًا أو أراض جرداء (ساكس ١٩٩٩، بلوم وساكس ١٩٩٨). يعانى البعض من أمراض معدية متوطنة أو وباء الإيدز، ويكافح الآخرون انتشار الأمراض المزمنة بشكل متصاعد، والعديد من البلدان تواجه أعباء واسعة لكل من الأمراض المعدية والأمراض الغير معدية. لدى بعض البلدان استقرار سياسى نسبى، وإدارة حكم طيبة، بينما تعانى بلدان أخرى سنوات من الإرهاب السياسى وعدم الاستقرار. هذه العوامل تؤثر على كل من الطريقة التى نتعرف بها على مشاكل إصلاح القطاع الصحى، وأنواع الحلول التى سوف تعالج هذه المشاكل على الأرجح.

إضافة إلى ذلك، تسعى البلدان لتحقيق أهداف مختلفة فى إطار نظامهم للرعاية الصحية. لدى البلدان اختلافات شديدة وتشريعية حول ما إذا كانت تحاول تقديم رعاية متساوية للفقراء والأغنياء، الحضر والريف، السكان المنتجين والمتعطلين. تختلف البلاد حول ما هى الظروف الصحية التى تسعى لتناولها بوصفها أولوية عليا: عبء وفيات الأمهات والأطفال، مثلاً، مقابل الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والأوعية الدموية بين البالغين فى سن الإنتاج. تختلف البلدان أيضًا فى رؤيتها حول الطريقة التى يرغمون بها المواطنين على تغيير عاداتهم الشخصية أو ثقافاتهم، عندما تصبح تلك العادات أو هذه الثقافات دعمًا لسلوكيات غير صحية. باختصار، لا تختلف فقط المشاكل وتتباين من بلد إلى بلد، ولكن تختلف أيضًا القيم والأهداف والأخلاقيات (هولاندر ٢٠٠٢).

أخيرًا، تختلف البلدان بنظامها السياسى؛ وبعضها ديموقرطيات انتخابية، والآخرون أنظمة ذات حزب واحد، بينما البعض الآخر ملكيات وراثية. وسط الديموقراطيات، بعضها تشرع بحكم الدستور سلطة مركزية، بينما البعض الآخر لا يمركز السلطة. وبعض الأنظمة الانتخابية تشجع أحزابًا شكلية، بينما البعض الآخر لا يشجع ذلك. بعض الأنظمة السياسية تشجع أنشطة المنظمات الغير حكومية، بينما

الآخرون يقمعون أى جماعات قد تشكل تحديا لهيكل السلطة المهيمنة. إضافة إلى ذلك، هناك جماعات مختلفة داخل البلد الواحد تتنوع سلطتها ومواقعها، ويرجع ذلك لقياداتها وتاريخها. تلك الاختلافات فى الهياكل السياسية، والممارسات السياسية، والحريات السياسية تؤثر على عملية الإصلاح الصحى، بما فيها كيف يتم التعرف على المشاكل والحلول وأنواع السياسات ذات الجدوى سياسيًا.

تحليل الإصلاح الصحى الذى نوفره هنا فى هذا الكتاب الغير نظرى بشكل حازم – كلاً من المشاكل والحلول تعتمد على حالة بعينها. هدفنا هو تنوير هذه الاعتمادية بتقديم أدوات فى السياق من أجل تحليل المشاكل، وكذلك تحليل الحلول فى سياق نوعى.

بعض التعريفات الأساسية

قبل أن نمضى، نحتاج إلى تناول بعض قضايا التعريفات. مقاربتنا للتعريفات هى مقاربة نفعية. فنحن نريد استخدام المصطلحات بطريقة أكثر عونًا لتحليلاتنا، وبشكل يمنح أقصى مساعدة لقارئنا. مثلاً، لا يوجد خط حاد فاصل يميز ما بين ما هو جزء وما هو ليس جزءًا من نظام الرعاية الصحية، ولا يستحق أن نستغرق وقتا كثيرًا وطاقة كبيرة فى الجدل حول حدود النظام الصحى. سوف يكون منطقنا أن التحليل الذى يبتغى المصلحة يجب أن يصب بؤرة اهتمامه على النتائج من هذا النظام لمصلحة رفاهية السكان المستهدفين. شبكة الصيد التحليلية يجب أن نفردها بشكل واسع بالقدر الذى يتضمن كل القوى والعوامل التى قد يريد القائمون على عملية الإصلاح ممارسة تأثير عليها بحثًا عن تحسين حياة أولئك السكان.

ما هو "القطاع الصحى"؟

واضعين أهدافنا نصب أعيننا، يجب استخدام مصطلح "القطاع الصحى" و"نظام الرعاية الصحية" بشكل متبادل فى هذا الكتاب لنحيط بالآتي:

- كل هؤلاء الذين يقدمون الرعاية الصحية – فى القطاع العام أو القطاع الخاص، على الطراز الغربى أو التقليدى، الحائز على رخصة بمزاولة المهنة أم لا، بما فيهم الأطباء والمستشفيات والعيادات والصيدليات والعاملين الصحيين فى الريف، والقائمين بالتطبيب والتداوى التقليديين.
- التدفقات النقدية التى تمول مثل هذه الرعاية – سواء أكانت رسمية أم غير رسمية، من خلال وسطاء أم مباشرة من جيوب المرضى.
- الأنشطة التى يؤديها أولئك الذين يقدمون مدخلات متخصصة فى عملية الرعاية الصحية – بما فيها مدارس الطب والتمريض، والأدوية، وصناع الأجهزة والمعدات الطبية .
- الوسطاء الماليون، وواضعو الخطط، وواضعو الأحكام واللوائح المؤسسة، الذين يتحكمون، ويمولون، ويمارسون نفوذا .هؤلاء الذين يقدمون الخدمة – شاملة وزارة الصحة، والمالية، والتخطيط، ومؤسسات التأمين القطاع الخاص أو العام، والهيئات التى تضع اللوائح والأحكام .
- أنشطة المنظمات التى تقدم الخدمات الوقائية – مثل التطعيم، وتنظيم الأسرة، والتحكم، ومكافحة الأمراض المعدية، والتعليم التغذوى، ومكافحة التدخين والإدمان. مثل هذه المنظمات قد تكون قطاعا عاما أو خاصا، محلية أو قومية، أو دولية.

ما هو "إصلاح القطاع الصحى"؟

بالمثل نأخذ برؤية نفعية فيما نعنى به "إصلاح". بالنسبة لنا، "الإصلاح" يتضمن ويشمل "مجهود له وزنه يقصد لتحسين أداء نظام الرعاية الصحية. يختلف الإصلاح على الأقل بالتوازى مع اثنين من الأبعاد: (الأول) عدد أوجه نظام الرعاية الصحية التى تتغير، (والثانى) كم تبعد تلك التغييرات جذريًا عما كان الوضع عليه فى الماضى؟. ولكن بالمثل سوف يتضمن الإصلاح الناجح غالبًا مرارًا وتكرارًا (خصوصًا عند مناقشة اختيارات مخصوصة فى الفصول من الثامن إلى الثانى عشر) مجموعة من التدخلات المستقلة والداعمة – خصوصًا إذا ما حدث انتقال كبير بعيدًا عن الممارسات الماضية فى جزء من النظام.

ما هى "أزرار التحكم"؟

نحن نستخدم مصطلح "أزرار التحكم" ككناية. تخيل تغيير أداء بعض الأنظمة المعقدة للوصول إلى نتيجة معينة. مثلاً، فكر بالطيارين يقودون طائرة كبيرة الحجم يعدلون أزرار التحكم المختلفة للوصول إلى ارتفاع معين، وسرعة معينة واستهلاك وقود معين؛ ليبلغوا وجهتهم بأمان وبسرعة. أو فكر بالفنيين فى غرفة التحكم لأفران الصلب، يعدلون من أزرار التحكم مع كل خطوة مختلفة من خطوات التشغيل وعمليات الإنتاج: درجة حرارة أفران الصلب، خلط المواد الخام أثناء المعالجة، والمعايير الأساسية الأخرى. مع كل خطوة، يختار المدراء أوضاع ضبط تحدد كيف يعمل النظام؟ وماذا ينتج؟

بطرق متماثلة، نحن نضع تصورًا "لأزرار التحكم" فى النظام الصحى بوصفها ما يمكن ضبطه وتعديله بواسطة أفعال الحكومة. بكلمات أخرى، أزرار التحكم تصف مناطق محددة تمامًا من هيكل النظام الصحى ووظائفه التى تعنى الكثير جدًا فى أداء النظام والتى تخضع للتغيير كجزء من الإصلاح الصحى. مع الأخذ بهذه الصيغة فى الاعتبار، فإن العوامل التى تؤثر فى أداء النظام الصحى، والتى لا يمكن تغييرها كجزء من الإصلاح الصحى ليست جزءًا من "أزرار التحكم". وبشكل معاكس، لا يستطيع الإصلاح الصحى أن يغير كل شىء. ومن هنا فإن العوامل التى يمكن لها أن تحدد كيف يستطيع النظام الصحى أن يؤثر على فئات المستهدفين من السكان هى فقط التى يمكن اعتبارها "أزرار تحكم".

مقاربة "أزرار التحكم" بالطبع ليس هى فقط الأسلوب الوحيد لفهم الأنظمة الصحية. لعقود من السنين، قام الخبراء بتشريح وتحليل وتقييم ومقارنة الأنظمة الصحية فى أنحاء العالم، بالنسبة لكل من الأمم الغنية والفقيرة. وحتى نوفر سياقًا لمقاربتنا، قمنا بمراجعة سريعة لبعض أنماط بديلة لتحليل النظم الصحية.

أحد المقاربات الحديثة هى تحليل منظمة الصحة العالمية لأداء النظام الصحى فى أنحاء العالم (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠). رتبت منظمة الصحة العالمية النظام الصحى القومى طبقًا لسلسلة من المؤشرات، مستخدمة صيغة مركبة لمزج المقاييس المختلفة. ولكن بينما يناقش تقرير منظمة الصحة العالمية "وظائف" نظام الرعاية الصحية، فهو لا يتضمن تحليلاً ممتدًا لبعض أسباب الأداء القاصر وعلاجه.

مقاربة ثانية هى المقاربة التى يتبناها علماء الاجتماع (رويمر ١٩٩٣، رافيل ١٩٨٤). فهم قد استخدموا بشكل نمطى مؤشرات القدرات (عدد أسرة المستشفيات، والأطباء والتمريض)، ووصف البرامج الحكومية، ومؤشرات صحية

بعينها (معدل وفيات الأطفال، ومعدل البقاء على قيد الحياة عند الميلاد) لوصف ومقارنة النظم الصحية القومية ومثل تلك التحليلات تقدم فى الغالب وصف تفصيلى بإسهاب، ولكنها مرة أخرى، نادرًا ما تقدم مرشدًا لكيفية تغيير نظام صحى لتحقيق مكاسب فى الأداء.

مقاربة ثالثة ركزت بؤرة انتباهها على تدفق الموارد. ففى أوائل التسعينات، فحص جيريمى هيرست النظم الصحية بمعايير أساليب التدفق المالى والدفع بين جماعات السكان والمؤسسات (هيرست ١٩٩٢). التطورات الأخيرة فى هذه المقاربة، فى شكل الحساب الصحى القومى، غالبًا ما تقدم صورة مساعدة لتدفق النقود من مصادر الدخل القادمة من خلال الوسطاء إلى مقدمى الخدمة. مرة أخرى، مع ذلك، لا يوجد نموذج توضيحى يربط ما بين التغير فى السياسة ونواتج الأداء.

فى الأخير يقدم الاقتصاديون مقاربة أخرى، عبارة عن إطار عمل مفاهيمى لفهم القطاع الصحى - رغم كونه أحد المقاربات التى لاقت فقط نجاحًا محدودًا (جاك ١٩٩٩، فيلدشتاين ١٩٩٣). ويعود ذلك جزئيًا إلى أن القطاع الصحى فى أمة ما هو فعليًّا مكون من عديد من الأسواق المتمايزة - بالنسبة للخدمات المختلفة فى المناطق الجغرافية المختلفة. إلا أن هذه الأسواق المتمايزة المختلفة كل على حدة نادرًا ما تتم دراستها بالتفصيل: ولم يفهم أحد بشكل حسن تفاعل هذه الأسواق مع بعضها البعض (بيت وآخرون ١٩٧٥، فلدشتاين ١٩٧٤). أكثر من ذلك، يستعمل الاقتصاديون كثيرًا الإطار العام الكبير للعرض والطلب - حيث تحدد الأسعار للمستهلكين القدر الذى يشترونه، وللمنتجين القدر الذى يبيعونه. فى العديد من البلدان. مع ذلك، جزء كبير من نظام الرعاية الصحية غير منتظم على أساس مبادئ السوق. أكثر من ذلك، حيث توجد فعليًا الأسواق حتى، فهذه الأسواق لا تكون أسواقًا تنافسية تمامًا، ويستطيع الأطباء تحديد طريقة سلوك المرضى بقدر كبير. مع التسليم بهذه المسافة التى تبعد عن النموذج المثال للتنافسية، ليس من

المدهش أن تجد نظرية الاقتصاديات الصغرى تمنحنا القليل من التوضيحات والتفسيرات للنواتج الصحية على المستوى الأكبر، أو معدل نمو الإنفاق الصحى القومى (جيرتهام وجونسون ٢٠٠٠).

القوى الدافعة للإصلاح الصحي

مع وضع هذه التعريفات فى بالنا، نستطيع الآن استكشاف بعض الأنساق العامة فى إصلاح قطاع الصحة عند بعض الأمم. والتى تتنوع أدوارها النسبية من مكان إلى مكان، ولكن هذه القوى الأربع هى التى أدت إلى إشكاليات معينة واسعة الانتشار وهى التى تواجه الآن العديد من الأمم فى عالمنا المعولم بشكل متزايد.

القوة الأولى هى التكلفة المرتفعة للرعاية الصحية. تقريبًا فى كل بلد، الزيادات تدفع الحكومات لإعادة التفكير فى سياساتها ومقاربتها للنظام الصحى. الثانى، هناك "توقعات متزايدة"، حيث يطالب المواطنون بالمزيد، سواء من الحكومة عمومًا أم من نظام الرعاية الصحية على الأخص. الثالث، الزيادة فى كل من التكلفة والتوقعات، تحدث فى وقت تواجه الحكومات فيه قيودًا تحد من قدرتها على دفع تكاليف الرعاية الصحية. الأخير، الجدل الحالى يقع أيضًا تحت تأثير الروح المتشككة بشكل متنامى فى المقاربات التقليدية لقطاع الصحة. بالنسبة للقائمين على عملية الإصلاح، تخلق هذه الضغوط تحديًا كما تخلق فرصًا، تحديًا لأن المطالبة بالمزيد أصبحت واقعًا، ومزيد من الاختيارات يجب إخضاعها للتحليل، وفرصًا لأن الأزمة الناتجة غالبًا ما تؤدى إلى انفتاحية أكثر للتغيير والابتكار.

تصوغ هذه القوى الأربع نفسها بطرق مختلفة بشكل ملموس باختلاف البلدان. فأفقر الأمم فى العالم تعيش معتمدة بشكل خاص على المؤسسات المالية الدولية. لتصبح التغييرات فى نظامها الصحى ربما أمرًا مطلوبًا منها أو مفروضًا

عليها كشرط للمعونات الخارجية. إضافة إلى ذلك، وباء الإيدز العابر للبلدان ينهك بعض أمم العالم إنهاكا شديدًا، وهى أمم تمتلك أشح الموارد حتى تستطيع وحدها مواجهة هذا التحدى (البنك الدولى ١٩٩٧). فى الأمم الأخرى ذات الدخل المتوسط أو المنخفض، مطالب المواطنين من أجل حماية مالية من تكاليف الرعاية الصحية العالية قد أدت بالحكومات إلى أن تسعى بحثًا عن استراتيجيات مالية تصبح مستدامة مع استمرار مسيرة التنمية. وبغض النظر عن الكيفية التى تمضى بها الرواية، تكافح الحكومات لتسوية النزاع بين ما هى مرحبة به وما تستطيع إنفاقه، وبين ما تريده أو يريده مواطنوها، فى محاولة منها لإنجاز ما قد أصبح مجموعة من التحديات المشتركة التى تواجه الأنظمة الصحية فى العالم كله.

القوة رقم ١: التكلفة المتصاعدة

يكاد يكون فى كل مكان، تتصاعد تكلفة الرعاية الصحية بشكل مستمر. فى أغنى بلاد العالم، ارتفع الإنفاق الصحى من متوسط ٥% من الدخل القومى فى ١٩٧٠ إلى ٨,١% فى ١٩٩٧ – حتى بينما كان الدخل بالنسبة للفرد يرتفع بنفس المعدل (هوبر ١٩٩٩). ورغم أن بيانات البلدان الأفقر أقل مصداقية، يمكننا اكتشاف نفس الاتجاهات أيضًا.

إحدى القوى التى تدفع التكلفة إلى الارتفاع هى شيخوخة السكان. مثلاً، من المتوقع أن ترتفع نسبة السكان فوق سن الخامسة والستين ومن هم أكبر فى آسيا من ٦% إلى ١٨% بين أعوام ٢٠٠٠ إلى ٢٠٥٠، ومن ٥,٥% إلى ١٨% فى أمريكا اللاتينية خلال نفس الفترة. وهذا لا يعود فقط إلى ارتفاع معدل البقاء على قيد الحياة، ولكن يعود أيضًا إلى أن معدل المواليد قد انخفض فى العديد من الأمم (كاسترلاين ٢٠٠١). أكثر من ذلك، بعض الأمم الأفقر– حيث ما زال معدل المواليد عاليًا – تواجه الآن عبء المراضة المزدوج (منظمة الصحة العالمية

١٩٩٩، موراى ولوبيز ١٩٩٦). مع نمو كلاً من فئتى الأطفال والشيوخ، مثل هذه الأمم عليها أن تتصدى لكل شيء من أمراض الإسهال عند الأطفال إلى نسبة أمراض الشرايين التاجية المتصاعدة وتنتصر عليهم.

لحد ما، تعكس هذه التطورات نجاح أنظمة الرعاية الصحية: مزيد من المواطنين يعيشون الآن أطول لكن فى ظل الأمراض المزمنة، بينما يتقدم بنا العمر، تتصلب شراييننا، وتخشوشن مفاصلنا، وتقل كفاءة وظائف كليتنا وأكبادنا، وتكل قلوبنا، وتتشوش أمخاخنا. لو أن زيادة أعداد البشر تحدث دون هذه الأمراض والمشاكل الصحية، سوف تصبح تكلفة الرعاية الصحية للفرد أقل. مثل "سقطات النجاح" هذه تنعكس فى "مستويات متصاعدة لأشكال العجز" فى العديد من البلدان (موراى ولوبيز ١٩٩٦). وللمفارقة، البلدان التى تتبع سياسات تثبيت النمو السكانى الناجحة وأنظمة صحية ناجحة تمضى فى مسارها إلى مسافات أبعد وبشكل أسرع. فعلاً، فنجاح أنظمة الرعاية الصحية فى تخفيض معدل وفيات الأطفال يزيد من الطلب على الخدمات من هذه الفئة العمرية.

عالميًّا، معدل توقع البقاء على قيد الحياة عند الميلاد ازداد من ٥٠,٢ سنة عام ١٩٦٠ (برنامج الأمم المتحدة الإنمائى ١٩٩٧، ١٦٧)، إلى ما يصل إلى ٦٦,٧ سنة فى الفترة من ١٩٩٥ حتى ٢٠٠٠ (برنامج الأمم المتحدة الإنمائى ٢٠٠٠، ١٨٩)، وما زال المعدل يرتفع فى أنحاء كثيرة من العالم. الوفيات المنخفضة ترجع لعديد من العوامل، التى تشمل التغذية والإسكان الأفضل، والإمداد المتوسع للمياة النظيفة، والصرف الصحى الأفضل. الخدمات الصحية الأساسية، بما فيها التطعيمات ومكافحة الأمراض المعدية، لعبت أيضًا دورًا. ولكن مهما كان السبب، معدل الوفيات المنخفض زاد من أعداد الناس التى تحتاج للرعاية الطبية.

تأثير التقدم فى العمر على تكلفة الرعاية الصحية تأثير معقد (ماهال وبيرمان ٢٠٠١). فى البلدان مرتفعة الدخل خصوصًا ذات أنظمة المستشفيات

المكثفة بأسعار الخدمة الباهظة. جزء كبير من التكلفة المرتفعة للرعاية الصحية بين المتقدمين فى السن ترتبط بالمتاعب الصحية المميتة. عندما يتصاعد معدل البقاء على قيد الحياة وتقع مثل هذه الأمراض فى نهاية العمر، لذلك من الممكن فعليًا تخفيض تكلفة الرعاية الصحية لبعض فئات المسنين ولكن ليس أكثرهم شيخوخة. إلا أنه يبقى، فى البلدان المتوسطة، والمنخفضة الدخل خصوصا، التقدم فى السن يزيد تعقيد مشكلة تمويل قطاع الصحة. وهذا يحدث خصوصا فى الأنظمة الصحية التى تمولها الضرائب العامة، لأنه مع التقدم فى السن يقل عدد السكان الذين يدفعون مثل هذه الضرائب.

وهناك تطورات سكانية أخرى، أكثرها أهمية الإيدز، هى أيضا تساهم فى صور زيادة التكلفة، خصوصا فى البلاد شديدة الإصابة بهذا المرض (وكالة الغوث التابعة للأمم المتحدة ٢٠٠١). ورغم النجاحات ضد الجديرى، وفيروس شلل الأطفال، تزداد إصابات أمراض أخرى (من السل إلى حمى الدنج) فى مناطق مختلفة من العالم، لتشكل تهديدات خطيرة للقائمين على الإصلاح الصحى.

القائمون على بيع الخدمات والبضائع الصحية هم أيضا يساهمون فى رفع التكلفة. فعديد من البلدان الفقيرة لديها قطاعات واسعة للرعاية الأولية من القطاع الخاص أو التى تقدم الخدمات مقابل الثمن – وهو وضع يميل إلى خلق حالة من إنفاق أعلى بشكل ملموس (بينيت وآخرون ١٩٩٧، هانسون وبيرمان ١٩٩٨). شركات الدواء تبحث أيضا عن الاستفادة من السوق وتقدم الآن دواء لكل جهاز عضوى من الجسم البشرى – دواء لعلاج الصلع، ولعلاج الاكتئاب، وتخفيض الكولسترول وضغط الدم، ولمكافحة قرحك، ولتحسين أداءك الجنسى. والجهود التى تسوق لهذه الأدوية تمضى قدمًا فى جميع أنحاء العالم يوميًا. فى البلدان الفقيرة، حتى العلاجات التقليدية تتحول الآن لتصبح سلعة تحتكرها الشركات الخاصة ببراءات الاختراع، وتعبئة عصرية، وتسويق عصرى وبثمن عصرى.

التكنولوجيا الجديدة هى قوة أخرى على درجة خاصة من الأهمية، تدفع بتكاليف الرعاية الصحية إلى أعلى. أعظم المغانم من الابتكارات، مغانم اقتصادية ومهنية، تأتى من تطوير حلول غالية الثمن لمشاكل لم تكن لها حلول سابقا تقدم لجمهور يستطيع الدفع. وعلى النقيض، ليست هناك ميزة كبيرة علمية ولا ترتبط بربح عند تطوير حلول تقلل التكلفة فى التكنولوجية الحالية. حتى عندما يقلل التقدم التكنولوجى وحدة التكلفة المجموع الكلى للتكاليف يطرد ارتفاعا لو أطلق مثل هذا التطوير طلبا لا يقابله عرض (روبرتس وكلايد ١٩٩٣). مثلاً، التخفيض الهائل فى أسعار أدوية الإيدز فى أفريقيا لن يقلل بالتأكيد الإنفاق الكلى على مثل هذه الأدوية.

ازدياد معدل الإصابة بالأمراض المزمنة يتسبب فى تمزيق أنظمة التأمين الصحى. فى عالم من الأمراض المزمنة، كثير من هؤلاء الذين سوف يكونون مرضى فى المستقبل ليسوا مرضى الآن. وحيث إن باعة التأمين الصحى سوف يحاولون ألا يبيعوا أنظمتهم إلى أشخاص مرضى، أو يبيعونه فقط بأسعار عالية جدًا، بينما هؤلاء – المرضى- الذين هم أكثر من غيرهم فى حاجة لمثل هذا التأمين هم غالبا غير قادرين على شراء نظام التأمين هذا. وعلى النقيض، لو أن تكلفة التأمين غطت المخاطر المعتادة، فأكثر الناس صحة سوف يكون لديهم حافزا يحضهم على عدم الاشتراك فى النظام التأمينى هذا، تاركين بشكل غير متناسب المرضى فقط داخل أى نظام تأمينى، وبذلك ينقص حجم "تمويل المخاطر" فى النظام. (فيلبس ١٩٩٧).

القوة رقم ٢: التوقعات المتصاعدة

القوة الثانية على مستوى العالم – التوقعات المتصاعدة – تنبع من ثلاث مصادر: اقتصادية، واجتماعية، وسياسية. فى مسيرة تنمية الأمم، يرغب مواطنوها فى إنفاق المزيد على الصحة. يفرض الإنفاق المتزايد استخدام مزيد من الخدمات

الأكثر كلفة فى كل من الرعاية الصحية والعلاج الطبى. فى بعض المناطق بالعالم، مثل شرق آسيا، والتى شهدت حتى السنوات الأخيرة نموًا ثابتًا متصاعدًا لأعلى- ارتفعت فيها التوقعات بشكل ملموس.

وبشكل نمطى، الطلب القومى على الرعاية الصحية يرتفع بنفس سرعة ارتفاع الدخل القومى إن لم يكن أسرع منه. نحن ندرك الآن أننا كنا نقلل من وزن الإنفاق على الرعاية الصحية فى أفقر البلاد بسبب فشلنا فى حساب أشكال الإنفاق الفردى من جيوب المواطنين بشكل كامل وهى أشكال شائعة فى مثل هذه الأنظمة (بيرمان ١٩٩٧). ومن نتائج المسح على مستوى الأسر، يتقبل عديد من الأكاديميين الآن تقديرات أقل مما سبق لتأثير الدخل القومى على الإنفاق الصحى القومى. وحتى لو أن الإنفاق على الرعاية الصحية يرتفع فقط فى علاقة طردية بالنسبة للدخل، فإن الكمية المطلقة للأموال الإضافية التى تعبئها الأمم وتحركها تحت الضغوط إلى قطاع الرعاية الصحية، أثناء زيادة الدخل، هى كميات كبيرة. أكثر من ذلك، نصيب مثل هذا الإنفاق الذى يدخل عبر القطاع العام (أى، من خلال نظم جديدة للتأمين الاجتماعى) غالبًا ما يرتفع، ليخلق ضغوطًا إضافية على الميزانيات العامة.

أشكال التنمية الاجتماعية هذه على مستوى الكوكب تدفع قسرًا بأشكال الطلب هذه. أفلام السينما والتلفزيون والانترنت – جميعهم مع السفر والهجرة – أعطوا للمواطنين فى عديد من البلدان صورة لطريقة الحياة فى أعلى بلدان العالم دخلاً. مثل هذه المعرفة قد ساهمت فى المادية المتزايدة وفقدان القيم التقليدية. يتقبل الناس فى جميع أنحاء العالم، بصورة متزايدة، قيمة أنه من المرغوب فيه أن تظل شابًا وسليم صحيًا أطول فترة ممكنة على قدر ما تستطيع، وأن تستهلك أكثر بقدر ما تستطيع. وكثير من الأنظمة الصحية فى عديد من البلدان فى العالم تقع تحت هذه الضغوط من أجل تلبية هذه الأهداف وتقديمها للمواطنين.

التوقعات المتزايدة تدفع المريض إلى توقع آخر وأحسن طريقة للعلاج، وأكثر أشكال التكنولوجيا إثارة للخيال، وأحدث العقاقير. وعن طريق معرفة ما هو متاح في أماكن أخرى، يتشككون (ربما عن حق) في جودة العلاج المقدم لهم داخل مراكزهم الصحية المحلية، أو مستشفياتهم الصغيرة. وبالتالي، يتزاحمون على المستشفيات الإقليمية الأكبر، أو المراكز الجامعية لديهم. في العديد من البلاد ذات الدخل المنخفض، الطبقات المتوسطة والعليا المتنامية في المراكز الحضرية تدفع الحكومات إلى تقديم رعاية غالية الثمن وعالية التكنولوجيا (من الأشعة المقطعية بالكمبيوتر إلى زراعة الأعضاء) وأن تنفق نصيبًا كبيرًا من ميزانية الصحة القومية على نخبة قليلة من المؤسسات (بارنوم وكوتزن ١٩٩٣).

وتزيد هذه الضغوط في الأنظمة الديموقراطية – أمَّا رعايا الدول شديدة المركزية فيقبلون نظام للرعاية الصحية كما تراه حكومتهم ملائمًا لتلبية الغرض. وعلى العكس لن يرضى المواطنون النشيطون الذين يسعون ذاتيًّا من أجل أنفسهم في نظام سياسي مفتوح بمثل هذه الترتيبات. أكثر من ذلك، الزعماء السياسيين في نظام سياسي تنافسي سوف يستجيبون على الأرجح لمثل هذه الاهتمامات الجماهيرية، ويساهمون في تلبية هذه التوقعات المرتفعة، بقطع الوعود حول المكاسب المحتملة من إصلاح قطاع الرعاية الصحية.

القوة رقم ٣: قدرة محدودة على الدفع

التغيرات الأخيرة في النظام الاقتصادي العالمي قد خلقت كلاً من مشاكل وفرص للعديد من الأمم، ولكن كثير من الحكومات تتعرض لضغوط قاسية من أجل الوفاء بالمطالب التي خلقتها التكلفة والتوقعات المتصاعدة.

وعلى المستوى العالمى، النصف الثانى من القرن العشرين مضى بشكل أحسن من النصف الأول بكثير. كانت هناك بعض الحروب المحلية كانت مدمرة بشدة وكانت هناك انهيارات اقتصادية بحجم كبير، لكن لم يحدث ما يمكن مقارنته بالحربين العالميتين الأولى والثانية، ولا بالكساد العظيم فى السنوات الخمسين الأولى من القرن العشرين. مثل هذا السلام والازدهار قد منحا كثير من الأفراد والشركات الكبرى الفرصة والتمويل للاستثمار فى الخارج. فى نفس الوقت، وجدت الحكومات القومية سياساتها المالية والنقدية تتعرض لقيود متزايدة بالتدفقات الرأسمالية الدولية، والمؤسسات المالية الدولية. لن يشترى المستثمرون الدوليون سندات حكومتك لو حاولت دفع خدماتك الاجتماعية والصحية بإدارة عجز كبيرًا فى ميزان المدفوعات. ولن يقوموا بالاستثمار فى مشروعات القطاع الخاص لو أنك خشيت من عدم الاستقرار المالى. والاستدانة من صندوق النقد الدولى أو البنك الدولى تتطلب من البلد تخفيض العجز لديها، والتحكم فى الإنفاق العام على المشروعات العامة، والتسديد فى الموعد المحدد (فيل وآخرون ١٩٩٠).

النمو الاقتصادى الأخير فى العديد من البلدان قد يبدو معناه أن مزيد من التمويل أصبح متاحًا للرعاية الصحية. ولكن التكلفة والطلب فى القطاع الصحى غالبًا ما يتناميان بشكل أسرع. والنمو الاقتصادى العالمى لا يتقدم بشكل متساوى بدرجة بالغة. حتى منتصف التسعينات، كانت البلدان الآسيوية تحقق بشكل روتينى معدل نمو اقتصادى يبلغ ما يزيد عن ٥% سنويًا، بينما عانت العديد من البلدان الأفريقية من معدلات نمو بالسالب أو معدلات موجبة ضئيلة للغاية (مفوضية الاقتصاديات الكلية والصحة ٢٠٠١).

تجد العديد من الحكومات أن قدراتها المالية تخضع لقيود بالغة الصعوبة. أولاً، بالنسبة لكل الأمم ذات الدخل المنخفض، القدرة على جمع أموال داخليًا محدودة جدًا. تجمع البلدان المنخفضة الدخل فقط حوالى ٢٠% (أقل كثيرا) من الناتج الإجمالى المحلى كضرائب، مقارنة بالبلاد العالية الدخل التى تجمع حوالى ٤٠% من الناتج المحلى الإجمالى (شايبر ومنيتا ١٩٩٧).

وبالمزيد، أشكال الروابط في النظام الاقتصادي العالمي الحالي يمكنها أن تكون مصدرًا حقيقيًا للأخطار. عندما انهارت الأسعار العالمية للبن، استفحل عجز الميزانية في كينيا وإثيوبيا بطريقة صاروخية. لو خفضت البرازيل من قيمة عملتها، سوف تعاني إذًا صادرات الأرجنتين إلى البلاد الثالثة، لأن البضائع البرازيلية هي الآن أرخص من الأرجنتينية. ولو أنهار سوق العقارات في كوالالمبور، سوف تستورد ماليزيا أقل، ولسوف تخفض صناعاتها من أسعارها في محاولة لتصدير المزيد – أفعال من الممكن أن تتسبب في مشاكل اقتصادية خطيرة لجيران ماليزيا. لو انهارت أحد العملات، ضغط المضاربات الدولية سوف يتحول إلى عملة أخرى.

التطور المتزايد في اقتصاديات البلدان الفقيرة يعمل فقط على زيادة ارتباطها بشدة في حالات التأثير المتبادل تلك. البلدان التي اعتادت على صنع أجهزة راديو رخيصة الثمن تعمل الآن في تجميع أجهزة الحاسب الآلي المتقدمة. المصانع التي كانت تنتج في السابق المنسوجات تقوم الآن بصناعة لوحات الكمبيوتر الالكترونية. تبيع البرازيل الطائرات النفاثة في الولايات المتحدة، وشركات الكمبيوتر الأمريكية تعتمد على مكاتب البرمجيات في الهند.

هذه العمليات الاقتصادية تقوم بالتدخل مع الضغوط السياسية، لتؤثر على كمية النقود التي تقرر البلد إنفاقها على الصحة. في عدد من البلدان، قطع السياسيون وعودًا انتخابية لا يستطيعون الوفاء بها حول البرامج الاجتماعية، بما فيها أموال المعاشات. وبينما تمضي هذه البرامج إمّا إلى الإفلاس أو إلى ابتلاع مزيد من أموال الضرائب على الدخل الإضافية، كل أوجه الإنفاق الأخرى (بما فيها الإنفاق الصحي) يقع تحت ضغط. كاستجابة لذلك، أنصار القطاع الصحي غالبا ما يسعون إلى إخراج تمويل الرعاية الصحية من الميزانية العامة (أي بخلق برامج تأمين اجتماعية جديدة) من أجل إحاطتها بوضع تحت الحماية.

في نفس الوقت، مقدمو الخدمة داخل النظام الصحي يكافحون من أجل الحفاظ على دخولهم وحماية مصالحهم. ففي شرق أوروبا، كان من الصعب المحافظة على استمرار النظام الواسع لتقديم الخدمة الصحية والذي نشأ في ظل الشيوعية، بينما تبدأ الحكومات في استعادة النمو الاقتصادي واستعادة التنافسية على المستوى الدولي (جولدشتاين وآخرون ١٩٩٦، هيلي وماكي ٢٠٠١). وبينما تحاول الحكومات السيطرة على الإنفاق وتمنع التضخم، فهي تنجذب إلى تخفيض الإنفاق على الرعاية الصحية بتحديد مكافآت الأطباء والممرضات والعاملين الآخرين في المجال الصحي. هذه المجموعات، بدورها، تجاهد بشدة داخل النظام السياسي لزيادة دخولهم المنهارة.

هذه التطورات السياسية والقيود الاقتصادية تحدث في سياق تغييرات اجتماعية وفكرية كبرى داخل وخارج النظام الصحي. هذه التغييرات العريضة تمثل القوة الرابعة التي تقود عملية الإصلاح الصحي.

القوة رقم ٤: التشكك في الأفكار التقليدية

التحول العالمي نحو السوق جلب معه اتجاهًا يميل إلى تضامن اجتماعي منكمش وتحول مواز ضد العمل الحكومي في العديد من البلدان. في أوروبا الشرقية والاتحاد السوفيتي السابق، النموذج القديم للمشروع المخطط له مركزيًا والذي تملكه الدولة فقد مصداقيته بشكل واسع (حتى حينما يتذكر المواطنون الأكبر سنًا الأمان الذي كانت توفره هذه المشروعات تغمرهم مشاعر الحنين للماضي ومشاعر الأسف). في العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض، الإدارة السيئة للحكم، والسياسات الغير صائبة والفساد المستشري؛ نتج عنهم تدمير للموارد المحدودة، ونزعة ارتياب واسعة، وشك في القطاع العام.

منذ الثمانينات، أنصار رسالة مناهضة الحكومات شنوا هجوما لترويج أفكارهم في أنحاء العالم. المستشارون، ورجال الأعمال، والخبراء من المؤسسات الخاصة والوكالات الدولية شاركوا كلهم في ذلك. في القطاع الصحي، وجد القادة السياسيون أنفسهم في مواجهة مع منطق إن المقاربة التي تتبنى منطق السوق هي الحل لمشاكلهم (جريفين ١٩٨٩).

تمتد هذه المناقشات إلى ما وراء القطاع الصحي بشكل كبير. البيروقراطيات الحكومية المدارة بشكل سيئ، والشركات عديمة الفاعلية التي تمتلكها الدولة كانت قد تشعبت. ويعود إلى ذلك ميزتها السياسية جزئيًا. استخدام القطاع العام لتقديم الحماية أكثر من تقديم الخدمة، فرص التوظيف أكثر من الناتج، ما سمح للحكومات ببناء قاعدة سياسية لها. العمال يمكن تحديدهم، من السهل تنظيمهم، غالبا عارفين بجميل القيادة السياسية لتوظيفهم إياهم. من الناحية الأخرى، المستهلكون من الصعب التعرف عليهم، وكذلك تنظيمهم، وعلى الأرجح غير محسوب حسابهم. أدت هذه العوامل غالبا إلى قطاع عام بعمالة زائدة، ومدار بشكل فقير وعال التكلفة، مع عمالة لا تسعف، ومنشآت في وضع متردي، وخدمات سيئة.

ببلدان تعوزها الأموال بشكل متزايد، نشأ انتقاد متزايد لمثل هذه الأوضاع. حتى تتكسر الرابطة بين السياسة والتوظيف، حدثت عدة محاولات للإصلاح المؤسسي، تراوحت بين خلق هيئات عامة لها مظهر الإدارة الذاتية تشرف على الأنشطة الحكومية، إلى الخصخصة. أفكار مثل "إعادة ابتكار الحكومة" هيمنت على الجدل حول الإصلاح الصحي في أنحاء العالم اليوم (اوسبورن وجيبلر ١٩٩٢، سولتان وفون اوتر ١٩٩٥).

ولأن هذه الحركة الفكرية على هذه الدرجة من الانتشار، فنحن نرغب أن نفسح المجال للقارئ حتى يعرف آراءنا في مثل هذه المواضيع. وسواء أكانت الترتيبات الجديدة سوف تكون ذات أداء أحسن من الممارسات الحالية؛ فهذه أسئلة

معقدة تحتاج إلى الشواهد الملموسة فى إجابتها. وكما يطرح منطقنا طوال الكتاب، فى التنبؤ بالنتائج، غالبًا ما تقابل الشيطان فى التفاصيل – خصوصًا عندما يصل الأمر إلى كيفية إدارة وحكم المنظمات والهيئات (انظر فصل ١٠). فى رأينا، إمكانية تطبيق نموذج السوق على الرعاية الصحية يتنوع بتنوع الظروف الخاصة: هل السوق بالاتساع الذى يسمح بدعم عدد معقول من المتنافسين المستقلين ذوى الفاعلية والكفاءة؟ هل الزبائن على علم كاف؟ أو هل يمكن إعطائهم معلومات كافية، حتى يختارون بشكل ذكى؟ هل الوفورات التى سوف تنتج من ضغوط التنافس سوف تكون أعظم من الموارد المستخدمة فى تكاليف عمليات الخصم الأعلى (بمعنى، تكلفة ترتيب كل عمليات البيع والشراء)؟. فى نظرنا، القائمون على الإصلاح الصحى عليهم الإجابة على مثل هذه الأسئلة قبل تقرير أى سياسة سوف يتبعونها. وقد وضع تصميم هذا الكتاب لتسليح القائمين على الإصلاح الصحى بأدوات تحليلية يحتاجونها لإجراء التحاليل المطلوبة – بطرق منفتحة العقل وفعالة معًا.

التلخيص

دعنا نلخص النقاط الرئيسية فى هذا الفصل التمهيدي:

- القوى الاقتصادية، والاجتماعية، والسياسية، سواء داخل أو خارج النظام الصحى تتسبب فى ضغوط واسعة المدى من أجل إنفاق أكثر على الصحة.
- التكنولوجيا الحديثة (بما فيها العقاقير الجديدة)، إضافة إلى التغيرات فى تركيب السكان ونسق الأمراض، يستمرون فى دفع تكاليف الرعاية الصحية بالنسبة للفرد إلى الأعلى.

- النظام الاقتصادى الدولى الصاعد يحد غالبا من قدرة الحكومات والقطاع الخاص على الوفاء بهذه التكلفة الأعلى- خصوصا فى البلدان الفقيرة، - بسبب الأزمات على المدى الزمنى القصير، وضغوط المنافسة على المدى الطويل.
- تحولات عريضة فى المعتقدات الفكرية حول الدولة والسوق أدت إلى انتشار الترويج لأفكار تنافس السوق والخصخصة كحل لكل المشاكل الاقتصادية، بما فيها سياسات القطاع الصحى.

تواجه العديد من البلدان اليوم فجوة بين ما يمكن الدفع مقابله، وبين ما يودون تقديمه داخل القطاع الصحى. تستمر التوقعات فى الصعود مع التحسن الاقتصادى، ومع تحول البلدان إلى حياة أكثر ديموقراطية، ومع انتشار صور لأنماط الحياة تبثها وسائل الأعلام عبر الكوكب. تقريبًا فى كل البلدان، نفقات الرعاية الصحية فى صعود، نتيجة لتغيرات خصائص التركيب السكانية، وتصاعد أنماط جديدة للأمراض، ونتيجة للتكنولوجيا الحديثة. ويتم التصدى لتبعات هذه التغيرات من خلال عمليات اجتماعية وسياسية تنادى بالمساواة ومنفتحة ومتعددة، فى بلاد تعانى ميزانياتها من أشكال عجز قاسية وموارد اقتصادية محدودة مخصصة للصحة.

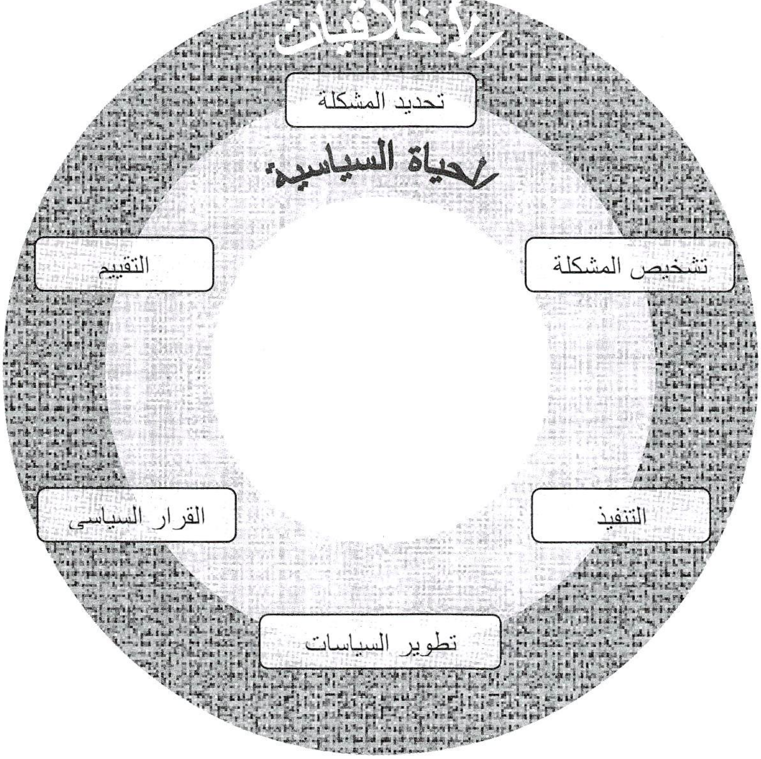
وفى نفس الوقت، هناك تحرك عالمى نحو أفكار جديدة من أجل الإصلاح الصحى، تمتزج بالاعتراف الظاهر أن الحصول على إصلاح صحى حقيقى هو ظاهرة اجتماعية معقدة فعليًا. ومهما كان التعقيد الذى هو عليه الإصلاح الصحى، نحن نؤمن أن أفكار هذا الكتاب يمكنها مساعدة المحللين وصناع القرار على فهم وإدارة هذه العمليات الفوارة داخل الإصلاح الصحى. نبدأ تحليلنا بدورة الإصلاح الصحى.

١

دورة الإصلاح الصحى

فى الفصل الأول قدمنا فكرة أن (عملية) إصلاح القطاع الصحى يمكن رؤيتها بوصفها دورة. نريد الآن تحليل هذه العملية بمزيد من التفاصيل. فى شكلها المثالى، عملية تغيير السياسة تنتقل خلال دورة من ست مراحل – المشاكل وقد حددت، وتشخيص الحالة قد تم، والخطط قد تطورت، والقرار السياسى قد صدر بالمبادرات الإصلاحية، وتلك الإصلاحات وقد نفذت، ونتائجها وتبعاتها وقد تم تقييمها. ومن ثم تبدأ الدورة مرة أخرى، مع ظهور مشاكل جديدة يجب على واضع السياسة التعامل معها (شكل ٢,١).

بالطبع، فى العالم الحقيقى نادرًا ما يتخذ الإصلاح الصحى مثل هذا الشكل المبسط. بدلاً من ذلك، قد تبدأ جهود الإصلاح فى مناطق مختلفة وتقفز فوق مراحل أو تتم عدة مراحل منها فى نفس الوقت. مثلاً، قد يبدأ القائمون على عملية الإصلاح "بالتشخيص"، معلنين، "سبب كل مشاكلنا هو أن العيادات والمستشفيات العامة ليس لديها الموارد التى تكفى لتقديم خدمات جيدة". أو قد يبدأ أنصار الإصلاح الصحى "بالحل" المفضل لديهم: "ما تحتاجه بلادنا هو نظام تأمين اجتماعى قومى جديد". إلا أن، مهما كانت الطريقة التى تبدأ بها أنشطة الإصلاح الصحى، دورة السياسة هذه تقدم سبيلاً مفيدًا لتحليل التجربة وتذكير القائمين على التنفيذ بالمهام المطلوب منهم القيام بها كجزء من عملية الإصلاح الصحى.



شكل رقم 2.1

قمنا بوضع تخطيط الشكل رقم ٢,١ لتسليط الضوء على بعض الموضوعات الرئيسية فى هذا الكتاب. وعلى الأخص، مكون "الأخلاقيات"، و"الحياة السياسية" يذكرنا بأن صناع القرار يواجهون قضايا أخلاقية وسياسية طوال دورة الإصلاح. أسئلة مثل، "ما هى الأولويات الصحيحة؟"، و"كيف يمكن إدارة الضغوط السياسية؟"، تجتاح وتتغلغل فى كل جهود إصلاح القطاع الصحى. مقاربتنا تنادى بفحص صريح للأسس الأخلاقية للسياسات الصحية، وتنبذ تصور أن قيم كل النظم الصحية هى أو يجب إن تكون هى نفسها فى كل مكان. ولأننا نؤمن أن كل مواقف السياسة (بما فيها مواقفنا نحن) تتضمن أبعادًا أخلاقية، يسعى هذا الكتاب لجعل

قيمنا وأهدافنا نحن الشخصية واضحة وصريحة. ومن ثم يستطيع القارئ أن يحدد مدى فائدة المنظور الذى نمضى فيه بالنسبة له. وأيضا نحن نرفض وجهة النظر التى ترى أن عملية الإصلاح الصحى هى عملية فنية بشكل حصرى. بدلاً من ذلك، نحن ننادى بوضع العوامل السياسية بشكل مباشر وبشدة فى الاعتبار عند كل مرحلة من مراحل عملية الإصلاح الصحى.

وبينما نحدد ستة مراحل فى الشكل ٢,١، نركز على الأربعة مراحل الأولى: تحديد المشكلة والتشخيص وتطوير السياسة والقرار السياسى. إلا أن هذا الفصل يقدم استعراضا عامًا لكل المراحل الستة، ويعرض علاقتهم بمقاربتنا. بعدئذ نتفحص المراحل الأربعة بتفصيل أكثر فى الفصول من الثالث إلى السابع، متبوعة فى الجزء الثانى بفصل لكل "زر من أزرار التحكم". وبينما لا نخصص فصلاً عن مرحلة "التنفيذ"، فقد قدمنا دلائل استرشادية عملية فى كل نقطة مع كل فصل من فصول "أزرار التحكم"، قائمة على أساس خبرات من أنحاء العالم. فى رأينا، المناقشات النظرية الصرف لاختيارات الإصلاح الصحى ليست ذات قيمة كبيرة. للتقدم بالإصلاح الصحى إلى الأمام، يجب أن يضع القائمون على الإصلاح فى اعتبارهم بشكل واقعى صعوبات التنفيذ للسياسات فى سياقهم الوطنى الخاص. ونحن نحاول مساعدتهم على القيام بذلك من خلال هذا الكتاب.

فى الأخير، الطبيعة المرحلية للشكل ٢,١ تشدد على نقطة طرحناها مبكرا: مشاكل نظام الرعاية الصحية نادرًا، إن لم يكن أبدًا، ما يتم تسويتها مرة واحدة وكلها معًا. وبينما ترتقى البلدان، على نظمهم الصحية أن تستجيب للتحديات الجديدة. أكثر من ذلك، الإصلاحات الناجحة غالبا ترفع من توقعات السكان ومن هنا ترفع المطالب من أجل مزيد من الإصلاحات. ولكن عملية الإصلاح هى أيضا عملية غير تامة. غالبًا ما يواجه القائمون على الإصلاح نتائج وعواقب غير مقصودة، أو يكتشفون نقاط ضعف وثغرات فى خططهم لم تكن ظاهرة من البداية.

لهذه الأسباب، تقع دورات الإصلاح الصحى مرات ومرات. دعنا الآن نلقى نظرة على كل خطوة من خطوات دورة الإصلاح الصحى بتفصيل أكثر وعلى المهمات الحاسمة التى تتطلبها.

دورة السياسة

الخطوة رقم ١: تحديد المشكلة

أكثر الخطوات التى يتم تغافلها، رغم كونها أهم خطوة فى الإصلاح الصحى هى خطوة تحديد المشكلة. ينشأ عن النظام الصحى مئات الإحصائيات الخاصة بأدائه. ولكن أى من هذه الإحصائيات يستحق أن يكون بؤرة اهتمام الرأى العام؟ متى يكون الأداء "مكمن المشاكل" ومن هنا هدفا للإصلاح؟ وكما ناقشنا فى الفصل الأول، بعض أنواع الصدمات أو الأزمات غالبًا ما يطلق مبادرات عملية الإصلاح. ولكن حتى عند ذلك، المصالح المتنافسة يكون لديها نمطيًا أراء مختلفة حول كيفية تحديد المشكلة، وما الذى يشكل أساس الحل المناسب والصحيح.

انظر فى هذا المثال الافتراضى التالي: تخيل بلدًا متوسط الدخل يعانى من هبوط اقتصادى أقليمى. تدعى وزارة المالية إن القطاع الصحى يستهلك ما يتجاوز الميزانية الحكومية المحدودة بكثير، بينما تدعى المؤسسات الطبية أن "المشكلة" هى تدهور جودة الرعاية الصحية بسبب عدم ملاحقة مرتبات الأطباء للتضخم. وفى نفس الأثناء، مدراء صناديق الضمان الاجتماعى يدعون أن "المشكلة" هى فشل الحكومة فى دفع نصيبها من مكافآت المتقاعدين، بينما جمعيات مدراء المستشفيات يجادلون أن الفشل فى تقديم تمويل للتكنولوجيا الجديدة هو "المشكلة الحقيقية". المجموعة التى تنجح فى القبول بتعريفها للمشكلة كأساس للمناقشات حول الإصلاح سوف يكون لديها تأثيرا عظيمًا على الحلول التى سوف تتبع والسياسات التى سوف تقر.

عند التفكير فى تعريف المشكلة نستطيع أن نسأل نوعين من الأسئلة. النوع الأول هو نوع توصيفى يتعلق بالأعراف والعادات: ما الذى يجعلنا نضع تحديدًا جيدًا للمشكلة؟، ما الذى يجعل منطقة معينة من مناطق سوء الأداء أولوية أكثر سلامة من منطقة أخرى؟، الإجابة على هذه الأسئلة يتضمن البحث فى القيم الأخلاقية والفلسفة. نحن نقدم هذا الموضوع باختصار فيما يلى أدناه، وبعدئذ نقدم مناقشة أكثر تفصيلاً للجوانب الأخلاقية فى إصلاح قطاع الرعاية الصحية فى الفصل الثالث.

النوع الثانى من الأسئلة هو نوع قائم على الشواهد الواقعية ووصفي: ما هى العمليات الاجتماعية التى تصوغ الكيفية التى تجعل المشاكل محسوسة؟ ما هى العوامل المحددة لتعريف المشكلة التى يواجهها القائمون على الإصلاح؟. فى الفصل الرابع نناقش كيف يحدث تعريف للمشكلة، وكيفية إدارة الأبعاد السياسية لإصلاح القطاع الصحى.

وكما تقرر سابقا، مقاربتنا التوصيفية لتعريف المشكلة تقوم على رؤية أن القطاع الصحى يجب النظر إليه بوصفه "وسيلة"، وليس غاية، حتى تتحدد المشاكل بمعايير النتائج. وكما نشرحها فى الفصل التالى، تمنحنا النظريات الأخلاقية منظور مختلف حول أى من النتائج تهمنا أكثر.

رغم ذلك، فى الفصل الخامس سوف نقدم وجهة نظر تدافع عن مجموعة من أهداف الأداء، نؤمن أنها تعكس المنظورات الأخلاقية الرئيسية، التى تتعلق بإصلاح القطاع الصحى (هسياو ١٩٩٩). أحد مثل هذه الهموم هو "الحالة الصحية" للسكان: طول عمر السكان، ما هى أشكال الإعاقة لديهم، وما هى أشكال تنوعها عبر فئات السكان؟ المجموعة الثانية من النتائج هى درجة "الرضا" التى تحققها الرعاية الصحية بين المواطنين فى مجتمع ما. مجموعة ثالثة من المخرجات تتضمن الحماية المالية ضد المخاطر: قدرة نظام الرعاية الصحية على حماية الأفراد ضد العبء المالى الجسيم الذى قد تسببه الأمراض. سوف نشرح وندافع عن هذه المقترحات فيما يلى أدناه.

قد يكون هذا التركيز على النتائج والمخرجات أمرا صعبا حتى يتبناه القائمون على الإصلاح الصحى. الأنصار المنتمون بقوة لسياسة بعينها غالبا ما يبدأون عملية الإصلاح الصحى بحلولهم المفضلة. وكما يقول المثل السائر، "بالنسبة لرجل يحمل مطرقة، كل شيء يبدو كما لو كان مسمارًا". إنهم يناصرون فكرة تبنى صناديق تنافسية للتأمين الصحى، أو مزيد من طب الأسرة، أو المستشفيات المدارة ذاتيًا، دون تفسير كيف يمكن لهذه السياسة أن تحسن من أداء النظام الصحى. أكثر من ذلك، لم يعتد كثير ممن هم فى الحكومات أن يكون سياق عملهم محكوما بوجهة الأداء. حيث يركزون بدلاً من ذلك على إنفاق الميزانيات، وتحقيق أهداف الإنتاج، أو الالتزام بالأحكام واللوائح. بالنسبة لهم، تتحدد المشاكل بمعايير الفشل فى الالتزام ببعض الأعراف أو القواعد، وليس بمعايير نتائج وعواقب ما فعلوه، أو ما تم القيام به (بارزيلاى وارماجانى ١٩٩٢).

من خبراتنا التى جمعناها من أنحاء العالم، نحن نفهم أن العادات القديمة فى التفكير تموت بصعوبة. وكما يفسرها مؤرخ العلوم تى اس كوهن، الافتراضات الأساسية التى تصوغ إطار التفكير، والتى يسميها "القوالب"، تصوغ شكل تفكيرنا عموما أمام مشكلة معينة (كوهن ١٩٦٢). تأكيدنا الصريح على التحليل بالوسائل- الغايات والتفكير الاستراتيجى النقدى يمثل شيئًا ما من "التحول فى قوالب التفكير" – طريقة جديدة للتفكير فى إصلاح القطاع الصحى. نحن مقتنعون بقيمة مثل هذا التركيز على العواقب والنتائج، مهما بدا الأمر ربما ملتبسًا فى البداية. هذا المنظور يرغم القائمون على عملية الإصلاح بالتعرف على أهدافهم وربط إصلاحاتهم المقترحة بتلك الأهداف. ومن ثم، كنتيجة، سوف يكون القائمون بالإصلاح على الأرجح واضحين وناقدين للذات فيما يتعلق بأهدافهم بطرق تزيد من فرص إنجازهم لمستهدفاتهم، مهما كانت.

يساعد هذا المنظور على توضيح دور البيانات فى تحديد المشاكل ووضع الأولويات. يبدو أن بعض المخططين للقطاع الصحى لهم منطق يدافعون عنه، وهو أن كل ما يريده المرء من أجل التعرف على المشاكل هو بيانات جيدة. ولكن العالم لا يسير على هذه الشاكلة. فعديد من القائمين على عملية الإصلاح يمضون قدمًا دون بيانات جيدة. عديد من المشاكل الموثقة جيدًا يتجاهلونها فى برامج الإصلاح. على سبيل المثال، الصعوبات المالية التى يعانيها الفلاحون الصينيون الذين يتعرضون لأمراض جدية هى أمر معروف جيدًا، ولكن ذلك لم يكن كافيا لاثارة اهتمام ومجهود صناع القرار فى الوطن (ليو وآخرون ١٩٩٦).

أكثر من ذلك، من وجهة نظر الأعراف والعادات، البيانات وحدها لا يمكن لها أن تحدد المشاكل والأولويات للإصلاح الصحى. فأى قرار يحدد سياسات يجب أن يرتكن، صراحة أو ضمنا - على العلم والقواعد الأخلاقية معا. مثلاً ، فى معظم البلدان تعيش النساء أطول من الرجال (البرنامج الإنمائى للأمم المتحدة ٢٠٠٠). سواء أكان ذلك يمثل ظلما للرجال أم لا يجب على السياسة العامة تصحيحه، فذلك أمر لا يمكن تقريره باستقراء البيانات وحدها.

إلا أن البيانات لديها بالتأكيد دور حيوى لتلعبه. المعلومات وحدها لا تستطيع مصالحة المواقف المتصادمة القائمة على اختلافات بين القيم الفريدة بكل طرف، ولكن الفهم العلمى بمكنه المساعدة فى تحديد الاختيارات وتوضيح العواقب الناجمة. يمكن للبيانات أن تساعد على تكوين فهم أكثر أمانة وأكثر خلقا لروح التراضى والاتفاق على الاختيارات المتاحة. لهذا السبب، نحن نؤمن أن الخبراء عليهم مسئولية خاصة فى تقديم العون للعمليات السياسية حتى تتفهم ما الذى يقف بصدده الإصلاح الصحى. دون ذلك، سوف تهيمن الهواجس، والأيدولوجيا ومصالح الجماعات وتقود الجدل إلى طريقها.

أحد الاستخدامات الهامة للبيانات فى عملية تحديد المشكلات هو ما يتم عبر عملية تسمى "القياسات المقارنة"، وهو مصطلح نستعيره من أدبيات إدارة الجودة (ديمينج ١٩٨٢، جوران وجايرنا ١٩٨٠). فى السياق الصناعى، يستخدم المدراء القياس المقارن عندما ينظرون فى التكلفة، ومعدل العيوب، أو معدل الإنتاج الذى يطمحون فى تحقيقه. وفى إصلاح القطاع الصحى، يعنى القياس المقارن النظر إلى البلدان التى تماثل بلد المرء فى مستويات الدخل والإنفاق، وأداء نظامهم الصحى فعالا على نحو خاص. وهكذا، قد يتعجب القائمون على عملية الإصلاح فى تايلاند لماذا تمتلك سرى لانكا معدلا للبقاء على قيد الحياة عند الميلاد أطول بينما مستوى الإنفاق على الرعاية الصحية أقل؟، ويستخدمون هذه الحقيقة عند التفكير فى تحديد مشكلتهم. وبالمثل، بلدان أمريكا اللاتينية يستطيعون النظر إلى الإحصائيات الصحية فى كوبا أو كوستاريكا من أجل وضع مستهدفاتهم الخاصة بهم (المكتب الإقليمى لمنطقة الباسيفيكى والأطلنطى التابع لمنظمة الصحة العالمية ٢٠٠١). ورغم الاختلافات بين البلدان، القياسات العالمية المقارنة تستطيع أن تكون ذات جدوى بوصفها نقطة بداية مفيدة من أجل النقاش حول مشاكل الأداء. (هناك أشكال أخرى من القياس المقارن إضافة إلى ذلك، ولسوف نناقش ذلك بتفصيل أكثر فى نهاية الفصل السادس).

الخطوة رقم ٢: تشخيص أسباب مشاكل القطاع الصحي

بالضبط كما ينتقل الطبيب من الأعراض إلى الأسباب، القائم على الإصلاح الصحى يجب عليه أيضًا أن يقوم برحلة التشخيص هذه (انظر الفصل السابع). بعد تحديد المشكلة القائم على نتائج ومخرجات النظام الصحى، المهمة التالية هى المضى عكسيًا للوراء من أجل التعرف على أسباب تلك النتائج غير المرضية. يستكشف الأطباء الجوانب التشريحية والفسيولوجية فى الجسم. القائم على الإصلاح الصحى يتوجب عليه فحص أسباب المشاكل، باستكشاف ما نسميه نحن "**أزرار التحكم الخمسة فى القطاع الصحى**".

وهى ليست بالمهمة البسيطة. ينادى أحد الخبراء اليابانيين البارزين فى خطط تحسين الجودة بأن عملية التشخيص تتطلب شخصا ما "لتسأله 'لماذا' خمس مرات"، حتى تبحث عن الأسباب الكامنة خلف، ووراء، وتحت ما هو ظاهر (ايشيكاوا ١٩٨٨). التحدى هو أن تحفر بشكل أعمق وأعمق حتى تفهم لماذا يتصرف النظام على هذا النحو الذى يعمل به.

على سبيل المثال، اهتم الباحثون بتفسير مشكلة التكاليف الأكثر من المتوقع للرعاية الصحية فى المناطق الحضرية من الصين؛ واكتشفوا أن ذلك كان بسبب الاستخدام العالى لأنواع معينة من العقاقير (البنك الدولى ١٩٩٧). بعد رحلة التشخيص تم اكتشاف التالي:

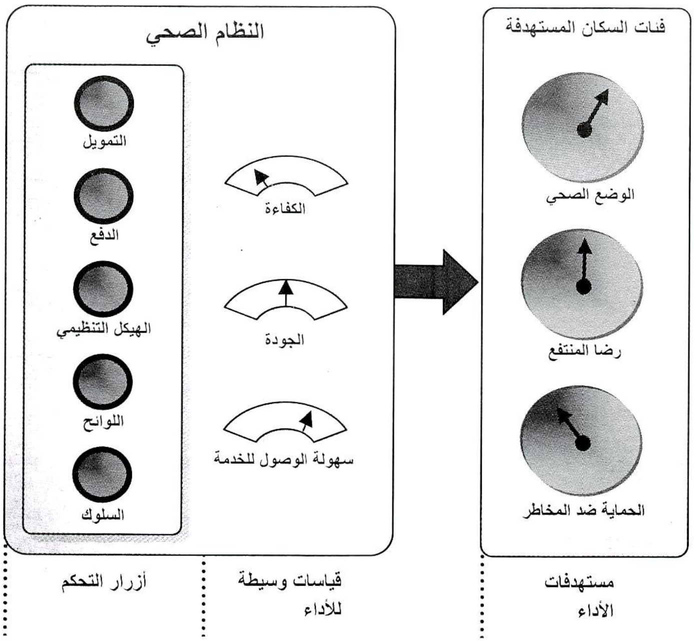
- فى رد فعل على ضغوط الميزانية، خفضت الحكومة الصينية بشكل ملموس مبلغ ما تدفعه إلى المستشفيات.
- وجدت المستشفيات نفسها مجبرة من ثم على الركون أمًا إلى ما تدفعه صناديق التأمين الصحى التى تغطى موظفى الحكومة وعمال المصانع، أو ما يدفعه المرضى من جيوبهم الخاصة.
- شرائح رسوم ما يدفعه التأمين الصحى فى مقابل الخدمة التى تقوم بها المستشفيات جعل من خدمات الأشعة عالية التقنية، ومن صرف العقاقير الأحدث أمرًا مربحًا للمستشفيات على نحو خاص.
- وبناء على ممارسات طب الأعشاب التقليدى فى الصين، تبيع المستشفيات العقاقير التى يصفها الأطباء مباشرة إلى المرضى. كما تتكفل المستشفيات بنصيب كبير من خدمة العيادات الخارجية.
- بدأت المستشفيات للتأثير على أطبائها تحفيزهم على أساس الأرباح الداخلة إلى المستشفى من وصفهم لهذه العقاقير.

نتيجة لذلك، معدلات وصف العقاقير الأكثر ربحًا ارتفعت بشكل درامى (داى ١٩٩٣، جاو ١٩٩٦). فهم هذه العملية لا يحدد من تلقاء نفسه "علاجا" يوصف لمثل هذا "المرض" – يستطيع المرء تغيير طريقة تمويل المستشفيات، أو التأمين الصحى، أو قائمة الأسعار، أو جدول حوافز الأطباء، أو لوائح الدواء التنظيمية. ولكن تشخيص أسباب المشكلة، هو خطوة ضرورية نحو ابتكار استجابة فعالة.

ازرار التحكم الخمس لإصلاح قطاع الصحة

لتيسير عمليات التخصيص وتطوير السياسات لإصلاح القطاع الصحى، نشير عبر الكتاب كله إلى خمس "أزرار للتحكم". هذه الفئات الخمس تغطى آليات وعمليات يستطيع القائمون على عملية الإصلاح ضبطها لتحسين أداء النظام. وكما أشرنا، ليس كل سبب مهم هو جزء من أزرار التحكم؛ لأنه من الممكن أن يكون هذا السبب غير قابل للتغيير من خلال إصلاح القطاع الصحى (شكل ٢,٢). اختيارنا لخمس فئات حرجة لإصلاح القطاع الصحى – أزرار التحكم الخمس – تعكس حكمنا الذى جاء بعد تفكير عميق فى أكثر العوامل أهمية فى تحديد نتائج ومخرجات النظام الصحى، تلك العوامل التى نستطيع استخدامها بشكل قصدى من أجل تغيير هذه النواتج. فيما أدناه؛ نحن نقدم باختصار أزرار التحكم الخمس، وهى التى سوف نفحصها بالتفصيل فى الفصول من الثامن حتى الثانى عشر. هنا قائمة بالأزرار الخمس التى ميزناها، مع وصف موجز لكل منها:

التمويل: هو كل آليات جمع الأموال التى تدفع مقابل كل الأنشطة التى تجرى فى القطاع الصحى. تتضمن هذه الآليات: الضرائب، واشتراكات التأمين، وما يدفعه المرضى مباشرة. وهيكل المؤسسات التى تتولى جمع هذه الأموال (أى، شركات التأمين الصحى، صناديق الضمان الاجتماعى) كلها جزء من هذا الزر أيضا، مثلها مثل توزيع وتخصيص الموارد للأولويات المختلفة (الفصل الثامن).



شكل رقم 2.2: أزرار التحكم الخمس لإصلاح القطاع الصحي

الدفع: يشير إلى الأساليب التى يتم بها تحويل الأموال إلى مقدمى الخدمة (الأطباء، المستشفيات، والعاملين فى الصحة العامة)، على شاكلة رسوم العيادات، واتفاقيات نظير الخدمات العلاجية للفرد، والميزانيات. وهذه الأساليب بدورها تخلق نظامًا للحوافز، والتى تؤثر على الكيفية التى يكون عليها سلوك الأطباء. الأموال التى يدفعها المرضى مباشرة للأطباء متضمنة أيضًا داخل زر التحكم هذا (الفصل التاسع).

الهيكل التنظيمي: يشير إلى الآليات التى يستخدمها القائمون على عملية الإصلاح من أجل التأثير على مقدمى الخدمة على تنوعهم فى أسواق الرعاية الصحية، وعلى أدوارهم ووظائفهم، والكيفية التى يشتغلون بها داخليًا. تتضمن هذه الآليات نمطيًا التدابير التى تؤثر على المنافسة، واللامركزية، والسيطرة المباشرة

لمقدمى الخدمة على المنشآت الحكومية، التى تقدم الخدمات ويعملون فيها. فهى تتضمن من يقدم ماذا، ومن يتنافس مع من، إضافة إلى جوانب الإدارة لكيفية عمل مقدمى الخدمة داخل منظماتهم. مثل كيف يتم اختيار المدراء، وكيف تتم مكافأة العاملين (الفصل العاشر).

اللوائح والنظم: تشير إلى استخدام الدولة للقوة القسرية لتعديل سلوك اللاعبين فى النظام الصحى، شاملاً مقدمى الخدمة وشركات التأمين والمنتفعين (المرضى). نحن نشير إلى ذلك فقط لأن أية لائحة أو قانون على الورق لا يعنى أنه ينفذ ومطاع. نحن نعتقد أن ما يجب على القائمين على عملية الإصلاح أن يضعوه فى عقولهم هو التأكد وضمان أن اللوائح والقوانين تعمل وفق ما كان مقصوداً منها (الفصل الحادى عشر).

السلوك: يتضمن الجهود المبذولة للتأثير على كيفية تصرف الأفراد فى علاقتهم بالصحة والرعاية الصحية، شاملاً المرضى، ومقدمى الخدمة. زر التحكم هذا يتضمن كل شىء من حملات وسائل الإعلام الجماهيرى عن التدخين، إلى التغييرات التى تحدث فى الممارسات الجنسية بين الأفراد للوقاية من مرض الإيدز، إلى استخدام الجمعيات الطبية للتأثير على سلوك الأطباء، إلى إقناع المواطنين بقبول القيود المفروضة على اختيار أطبائهم ومقدمى خدمات الرعاية الصحية (الفصل الثانى عشر).

"درجة ضبط" مثل هذه الأزرار يفسر جوانب عديدة من أداء النظام الصحى. "التمويل" يحدد ما هى الموارد المتاحة. "الدفع" يحدد المعايير التى تتوفر بها هذه الموارد لمقدمى الخدمة. "الهياكل التنظيمية" تحدد نوع المؤسسة التى عليها مؤسسات مقدمى الخدمة وهيكلها الداخلى، الذى بدوره يصوغ شكل أداء المؤسسة هذه. "اللوائح" تفرض حدوداً على هذه السلوكيات. فى الأخير، جهود تغيير "السلوك" تؤثر على استجابة الأفراد لمؤسسات القطاع الصحى، التى بدورها تصوغ أشكال الفرص والاختيارات التى تواجهها هذه المؤسسات.

وكما سوف يرى القارئ فى الفصول من الثامن إلى الثانى عشر، قمنا بتمييز إعدادات وتجهيزات كل زر من أزرار التحكم (أى، اختيارات متنوعة فى مجال السياسة) بطرق نأمل أنها سوف تكون ذات فائدة فى عملية الإصلاح الصحى. على سبيل المثال، حتى برغم أن بعض علماء الاقتصاد يجمعون معًا كل خطط التمويل التى تدعمها الضرائب فى سلة واحدة، فإننا قد ميزنا بين التمويل من الإيراد العام وبين التمويل من خطط الضمان الاجتماعى؛ لأنهما يمثلان بديلين متميزين فى الجدل حول السياسات فى العالم الحقيقى. يعكس تحليلنا أيضًا أفكارًا نظرية هامة. مثلاً، قمنا بتضمين خطة حساب التوفير الطبى تحت عنوان "مدفوعات المريض" – أكثر من كونه شكلاً من التأمين – لأنه يفتقد بشكل نظرى السمة الحاسمة لنشر المخاطر على الجميع، السمة التى، فى نظرنا، تحتل مكان القلب من أى نظام تأمينى. وبالمثل، لأننا نهتم اهتمامًا عميقًا بالنواتج، فنحن لا نستخدم كثيرًا التمييز الذى تستخدمه الأدبيات بين "الدفعات مقابل الخدمة" (الدفع داخليا) و"مدفوعات المرضى نظير الخدمة" (الدفع خارجيا). بدلاً من ذلك، نقوم بتصنيف أنظمة الدفع (فى أى من السياقين) بناءً على أثرهما المرجح فى التحفيز.

عند التفكير فى استخدام أزرار التحكم هذه، تظهر ثلاث موضوعات. أولها، إصلاحًا ملموسًا بشكل عام يتطلب استخدام أكثر من زر تحكم واحد. على سبيل المثال، تنظر الآن عديد من البلدان فى وضع خطط ضمان اجتماعى جديدة. إلا أن اللوائح التنظيمية الجديدة ستكون على الأرجح مطلوبة أيضًا لتضمن وفاء تلك الخطط لأهدافها ولتحفيز وتوسيع سبل الوصول إلى الالتحاق بها، وتوسيع الشراكة فى تحمل المخاطر. جهود التسويق الاجتماعى لإقناع المرضى بتغيير سلوكهم ربما تكون مطلوبة أيضًا لتشجيع الاستخدام السليم لخدمات الرعاية الصحية، ولعدم تشجيع كلاً من المرضى ومقدمى الخدمة على إساءة استخدامها. وبالمثل، ربما يكون من المطلوب تغيير الهيكل التنظيمى للمستشفى؛ لتمكين مقدمى الخدمة من الاستجابة للحوافز التى يخلقها النظام التمويلى الجديد.

النقطة الثانية هى أن تغيير أحد أزرار التحكم غالبا ما يحدث تغييرات فى أزرار التحكم الأخرى. على سبيل المثال، إقامة نظام ضمان اجتماعى جديد من المرجح أنه سيعمل على تغيير أساليب تسديد أتعاب مقدمى الخدمة. وبالمثل، لوائح وقوانين الجودة من خلال شروط أشد لتراخيص الأطباء، تستطيع إلغاء بعض مقدمى الخدمة، مما يتسبب فى تغيير طبيعة الهيكل الذى يشكل نظام تقديم الخدمة. يجب أن ينظر القائمون على عملية الإصلاح فى استخدام مثل هذه التفاعلات لإحداث تغييرات فى السياسات مكملة لذلك التبدل، أو داعمة له.

ثالثًا، تتصرف الحكومات على نحو مختلف لتغيير إعدادات زر من أزرار التحكم. وعلى الأخص، تجمع الحكومات على الأغلب كثيرًا من العوائد للنظام الصحى من خلال الضرائب وتدير بشكل مباشر جزءًا واسعًا من نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية. تستطيع الحكومات، فى مثل هذه الحالات، استخدام سلطتها المباشر فى التأثير على ما يحدث – مثلاً، بتغيير السلطة الإدارية فى المستشفيات أو بإدخال خطة تمويلية جديدة. فى حالات أخرى، من أجل تغيير سلوك هؤلاء الذين هم خارج القطاع الحكومى، تقوم بالتغيير من خلال تسديد مقابل الخدمات، أو عمليات الشراء، أو السياسات التنظيمية. وهكذا، تضطلع الحكومات فى النظام الصحى بكل من أدوار "تيسير حركة العمل" (من خلال وضع السياسة) وأدوار ترتيب الأوضاع (من خلال التوريدات) (اوسبورن وجيبلر ١٩٩٣).

تؤثر قوى القطاعات الأخرى أيضًا على الحالة الصحية للسكان، كما جاء فى تقرير منظمة الصحة العالمية حول أثر عمل القطاعات المختلفة على الصحة (منظمة الصحة العالمية ١٩٨٦). على سبيل المثال، تتأثر الحالة الصحية بقوة بالنظام التعليمى، خصوصًا تعليم الفتيات والنساء. تظهر الأبحاث أن الأم المتعلمة فى جنوب الهند على الأرجح أكثر إدراكًا لمرض طفلها، وأكثر قدرة على التصرف داخل أسرتها، وداخل عيادات الأطباء (كالدويل وآخرون ١٩٨٣).

سياسات التنمية فى الزراعة والصناعة تؤثر أيضًا على الوضع الصحى من خلال مسارات متعددة، إيجابية وسلبية معًا، بما فيها التعرض للمبيدات الحشرية، وزيادة الدخل، وتوفير الطعام، والأثر التغذوى (ويل وآخرون ١٩٩٠). مشاريع تنمية مصادر المياة تؤثر على صحة السكان من خلال تغييرات بيئية تؤثر على طبيعة أماكن معيشة ناقلات الأمراض الاستوائية. الأثر الطويل المدى لإقامة سدود جديدة على زيادة انتشار مرض البلهارسيا، مثلاً، هو أمر معروف جيدًا للخبرة الدولية فى مصر والسودان وتانزانيا، وزيمبابوى، وبلاد أخرى (تقرير منظمة الصحة العالمية ١٩٨٦، صفحة ١١٥). أيضًا تمتلك سياسات الاقتصاديات الكلية تأثيرات متعددة على الوضع الصحى فى البلاد النامية، كما ظهر فى الجدل حول سياسات الإصلاح الهيكلى فى الثمانينات (بل ورايخ ١٩٨٨).

نحن نتفق مع هؤلاء الذين يدافعون عن فكرة أن مقاربة شاملة لتحسين الصحة تتطلب تعاونًا وتنسيقًا بين القطاعات. وقد كان علينا أن نرسم الخط فى مكان ما، ومع ذلك، فقد اخترنا ألا ننظر هنا فى دور العوامل الأخرى خارج القطاع الصحى. إلا أن فهم دور مثل هذه العوامل يستطيع مساعدة القائمين على الإصلاح فى فهم المشاكل التى يواجهونها. فالمهندسون الذين يضعون تصميمات للسيارات لا يستطيعون تغيير قانون الجاذبية، لكن عليهم أن يعملوا عملهم واضعين تأثيراته فى اعتبارهم.

الخطوة رقم ٣: تطوير السياسات

فور ما يتم تشخيص أسباب المشكلة، السؤال التالى سوف يكون ماذا نفعل؟ ما هو العلاج الصحيح للمشكلة؟، ما هى السياسة السليمة لتناول هذه الأسباب؟ فعملية تطوير سياسة هى عملية أكثر صعوبة مما يبدو الأمر عليه. فى هذا القسم، نحن ننظر أولاً فى سبب صعوبة تطوير أفكار للسياسة، ومن أين تأتى مثل هذه

الأفكار. نريد أيضا شرح لماذا يصبح من المهم ونحن فى حلقة السياسة بصدد وضع خطة لسياسة أن نتطلع إلى خطوة الشئون السياسية وخطوة التنفيذ وخطوة التقييم. فى الاخير، نحن نضع فى اعتبارنا كيف أن "عملية" تطوير الاختيار تمتلك نفوذًا مؤثرًا على ما يحدث فى مراحل لاحقة من دورة السياسة.

الأفكار الجديدة

التفكير البشرى تحكمه بشدة الافتراضات والعادات. لقد ذكرنا توًا كيف أن المسارات السائدة تصوغ كيفية طرح السؤال، وأى نوع من الشواهد هو المقبول، وأى نوع من الإجابات ينظر إليه بوصفها إجابات مشروعة. تقوم المهن نمطيًا بتعليم أعضاءها فى مسار فكرى خاص وتقوم بتدعيم هذه الطرق من خلال الممارسة والخبرات (جوود ١٩٦٩). رجال الاقتصاد، على سبيل المثال، يميلون للنظر على كل شيء من خلال مصطلحات السوق والأسعار، بالضبط مثلما خبراء الصحة العامة يركزون بشكل واسع على انتشار الظواهر المرضية، وطرق الوقاية. عندما تتبنى مؤسسة قوية مسارًا فكريًا معينًا لمداخل مجال معين وتروج له، يصبح التغيير أكثر صعوبة. منظمة الصحة العالمية، مثلاً، روجت لمفهوم "الرعاية الصحية الأولية" لعقود عديدة، وهو ما خفض بشكل ملموس الانتباه لسياسات بديلة (تاريمو وويبستر، ١٩٩٧، منظمة الصحة العالمية ١٩٧٨).

إذًا، إلى أين يستطيع القائمون على الإصلاح النظر من أجل الحصول على أفكار جديدة؟. التعلم على المستوى الدولى يصلح أن يكون مقاربة مفيدة. مثلاً، إذا ما أراد بلدك تطوير عيادات مستشفيات حضرية، فلسوف يكون مستساغا أن تفحص خبرات البلاد الأخرى مع هذه العيادات، والدروس المستفادة من خيباتهم ونجاحاتهم. وطبعًا، لأن الظروف الاقتصادية والمؤسسات السياسية تتنوع، تحتاج الأفكار المستقاة من تجارب البلدان الأخرى أن تتوافق وتتكيف مع الظروف

السحلية. لكن حيث إن حجم تجارب السياسات حول العالم أصبح كبيرًا بشكل ملموس فى السنوات الأخيرة، كذلك تصبح الخبرة الدولية موضعا مفيدًا للقائمين على الإصلاح ليبدأوا منه عملهم.

الابتكارات فى مجال السياسات خارج القطاع الصحى، هى منبع آخر للأفكار الجديدة. فى البنجلاديش، مثلاً، وكالة التنمية الغير حكومية (المسماة لجنة التقدم الريفى البنجلاديشية) نفذت برنامجًا للقروض الصغيرة بتمويل قروضًا لجماعات صغيرة يريدون الشروع فى أنشطة لزيادة دخولهم. قدمت الأموال على مستوى المجتمع المحلى من خلال صندوق قروض دوارة، تديره مؤسسة قروية أعضائها أغلبهم من النساء (لجنة التقدم الريفى البنجلاديشية ٢٠٠٠). فكرة صندوق تمويل دوار يديره المجتمع المحلى تعتبر الآن مقاربة للتمويل المجتمعى للتأمين الصحى، كما سوف نستكشفها فى الفصل الثامن. وبالمثل، فى مناقشتنا عن التسويق الاجتماعى فى الفصل الثانى عشر، نقوم بمراجعة كيف أن الأفكار التى تطورت فى سياق التجارة يمكن تطبيقها فى القطاع الصحى.

المصدر الثالث للأفكار هى النظرية. لقد عبرنا توًا عن تشككنا فى المواقف التى لا تضرب بجذورها فى أمثلة واقع الحياة الحقيقية. إلا أن النظرية تستطيع أن تكون مصدرًا مفيدًا للخيال المبدع والإلهام، طالما وضعنا قضايا التنفيذ فى الاعتبار. مثلاً، مواقف ما يسمى بأشباه الأسواق، والفصل بين مشترى ومقدم الخدمة، لديها جذور فى النظرية الاقتصادية (اينتهوفن ١٩٨٨).

التطلع للأمام

لتطوير خطة فعالة لإصلاح القطاع الصحى، على القائمين على عملية الإصلاح أن يفكروا مسبقًا فى القرارات السياسية وفى التنفيذ – تصميم سياسات وتلك المهام فى أذهانهم (حيث إننا سوف نناقش ذلك بالمزيد فى الفصل السابع المخصص للتشخيص).

أول نوع من التفكير المسبق في الخطوات المقبلة تتضمن الشئون السياسية (انظر فصل ٤). فالقائمون على الإصلاح الذين يتمتعون بالحس السليم يبدأون التفكير حول قبول السياسيين للسياسات التي يضعونها أثناء عملهم لتطويرها. لماذا نبدع خطة مثالية لا تمتلك إلا فرصة ضئيلة لإقرارها واعتمادها؟

نفس الاعتبارات يمكن تطبيقها بالنسبة للتنفيذ. لقد أشرنا إلى كيف تتنوع البلدان في قدراتها الإدارية، وفي توجهات مواطنيها نحو حكومتهم. على سبيل المثال، بدأت المجر في دفع رسم ثابت للمستشفيات مقابل أي نوع من أنواع إقامة المرضى داخليًا. مع ذلك، وحتى تعمل المستشفيات على زيادة "مستحقاتها"، سجل الكثير منها في تقاريرها تقريبًا كل ولادات الأطفال بوصفها "ولادات بمضاعفات" (ايفيتوفيتس ٢٠٠٢). البلد الذي يلاعب مقدمي الخدمة النظام فيه، يجب أن يتوقع هذا البلد مثل ردود الأفعال هذه عند وضعه للسياسات. وبالمثل، بعض العيادات في تايلاند لا تقوم بإنشاء ملفات طبية إلا لمن يعاني فقط من مرض خطير، كما لاحظ واحد منا أثناء زيارة ميدانية هناك. ومع التسليم بوجود نقص في الأيدي العاملة، ربما يكون هذا استخدام له أسبابه الوجيهة لمواردهم البشرية المحدودة، ولكن ذلك يعني أن أنواع معينة من الاختيارات للنظم ولوائح العمل التي تتطلب مزيد من البيانات شديدة التفصيل، لن تكون متاحة أمام القائمين على الإصلاح.

قضية أخرى من قضايا التنفيذ وهي: هل تشرع فورًا في التنفيذ في طول البلاد وعرضها أم تأخذ ما يشبه مقاربة على شكل مشروع استرشادي محدود؟. لقد لاحظنا أن الإصلاح غالبًا ما يحدث في سياق أزمة، تخلق نافذة تمر منها فرص التغيير. في مثل هذه الأحوال، تنشأ الرغبة في التحرك مباشرة والقيام بمبادرة جسورة، والرأي العام يسلط انتباهه على المشكلة والقوى الداعمة تكون معبئة وجاهزة للتحرك. من ناحية أخرى، مقاربة على شكل مشروع تجريبي أو استرشادي يوفر فرصة للتعلم. لماذا لا تجرب فكرة جديدة في عدة مدن أو عدة مناطق قليلة أولا لكشف صعوبات التنفيذ والعيوب الموجودة في منطق الخطة، قبل أن تعتمد الخطة على المستوى القومي؟.

النظر إلى عملية ابتكار السياسات، بوصفها تجربة معملية تسمح للقائمين على الإصلاح بتقييم المقترحات المختلفة المتنافسة. مثلاً، فى محاولات إصلاحية أخيرة للتأمين الصحى فى الصين، دخلت أولاً مقاطعتان، ثم عشرين مقاطعة فى برامج متنوعة، قبل أن ينتهوا هناك إلى خطة على المستوى القومى (بيب وهسياو ٢٠٠١). من ناحية أخرى، تستطيع البرامج التجريبية جذب الطاقة والحماسة، التى تؤدى إلى درجة من النجاح من الصعب مضاهاتها عندما "توسع" البرنامج فى كامل النظام. وفى بعض الحالات، لا يتوسع المشروع الاسترشادى أبدًا، وبذلك ينتهى المشروع كتجربة محدودة ذات أثر ضئيل على النظام الصحى الأعرض .

عملية وضع التصميم

مهمة وضع تصميم لخطط الإصلاح هى مهمة سياسية، بنفس قدر كونها مهمة تحليلية. وهذا يشير إلى كل من "محتوى" أفكار الإصلاح، و "عملية" تطوير الأفكار. من الممكن أن تصبح عملية وضع التصميم خطوة رئيسية فى حشد وتعبئة الدعم للإصلاح. وهكذا، عملية تطوير السياسات يجب أن تنتج خطة سليمة فنيًّا وذات جدوى سياسيًّا.

المثل التقليدى لكيفية "عدم" وضع تصميم للسياسات فى هذا المقام هو خطة الإصلاح الصحى الفاشلة فى الولايات المتحدة الأمريكية فى ظل رئاسة بيل كلينتون (سوكوبول ١٩٩٦) فلقد طور الخبراء الفنيون الخطة خلف الأبواب المغلقة، باستشارات محدودة مع جماعات المصالح الكبرى، أو الزعماء السياسيين فى الكونجرس. نتيجة لذلك، حتى الجماعات التى وقفت لتستفيد من الإصلاحات، مثل المستشفيات التى كانت ستحصل على مزيد من العوائد الإضافية من المرضى الذين كان التأمين الصحى لا يغطيهم فى السابق، تحركت ببطء لدعم الخطة ولم تكن متحمسة لها أبدًا. وبالمثل، القادة التشريعيون الذين استبعدوا من العملية لم

يشعروا أبدًا أنهم مسئولون عن الخطة. نتيجة لذلك، لم يخرج عن أيه لجنة من لجان الكونجرس (كلها كانت تحت سيطرة الديموقراطيون) مسودة للتشريع تجسد الأفكار الرئيسية فى خطة كلينتون.

إنّ ضم جماعات باتجاهات رؤى متنوعة فى تطوير السياسات يصبح أمرًا مفيدًا لكل من المستهدفات السياسية والفنية، وهى الطريقة التى نناقش بها الأمر فى الفصل السابع. إعطاء دور لجهات ننتظر منها الدعم فى عملية تصميم خطط السياسة قد يكون عاملاً مساعدًا فى تحويلهم إلى قوة دعم حقيقية. أيضًا من الممكن أن تقدم هذه العملية أرضية اختبار لأفكار جديدة، وتساعد على حماية الخبراء الفنيين من أن يصبحوا سجناء لحماستهم الخاصة. كذلك ضم هؤلاء الذين يعملون فعليًا فى النظام الصحى يمكن أن ينتج عنه تغييرات ملموسة تحسن فرص التنفيذ الفعال. بالطبع، "المشاركة" الزائدة عن الحد يمكنها أن تحد من قدرة القائمين على الإصلاح للحصول على ما يرغبونه وما يحتاجونه من العملية. لذلك يحتاج القائمون على عملية الإصلاح إلى الإشراف على العمليات الميدانية اليومية لجماعة الإصلاح، وإلى وضع تصميم للمعايير التى يرجع إليها أعضاء وطاقم مهمة العمل ولجان العمل التى يخلقونها للقيام بالتطوير التفصيلى للسياسة. يتطلب إدارة عملية تصميم خطة السياسات بعناية قدرًا طيبًا من المهارة والخبرة وربما يكون مفتاحًا لنجاح الإصلاح على المدى الطويل.

الخطوة رقم ٤: القرار السياسي

كما نرى فى الشكل رقم ٢,١، كل مرحلة من دورة السياسة تتأثر بالحياة السياسية، بما فيها خطوات، تحديد المشكلة وتطوير السياسات، والتنفيذ. إلا أن تبنى مقترحًا للإصلاح يمنح بؤرة لاهتمام صناع القرار السياسى، يتجسدون غالبًا فى فروع الحكومة التشريعية والتنفيذية. وكما يستكشف الفصل الرابع الجوانب السياسية للإصلاح الصحى بتفاصيل أكثر، سوف نتناول هذه العملية باختصار هنا.

نمطيًا يواجه الإصلاح الصحى تحديات سياسية صعبة. جماعات المصالح المنظمة التى تحوز على نصيب أكبر فى النظام القائم (أى، الأطباء، وأصحاب المستشفيات، وصناعة الدواء) سوف يعارضون الإصلاح على الأغلب. من الناحية الأخرى، المستهدفون بالانتفاع من الإصلاح الصحى (أى، المرضى والفقراء والمهمشون) هم غالبًا أقل قوة وتنظيما. بعض ممن يستطيع الاستفادة من الإصلاح الصحى داخل النظام (أى، أطباء الأسرة الجدد الذين لم يتلقوا تدريبًا بعد) ولم يتواجدوا بعد، ومن ثم لا يستطيعون لعب دور مؤثرا. وهو ما يحدث عادة من شد وجذب فى لعبة صنع القرار السياسى، تمثيل ما هو مستقبل يميل دائمًا إلى أن يكون أقل من تمثيل ما هو ماضى (بانفيلد وويلسون ١٩٧٢).

الوصول إلى إقرار إصلاح القطاع الصحى ليس مجرد قضية التزام سياسى وتحمل المخاطرة (الإرادة السياسية)؛ هى أيضًا قضية استراتيجية سياسية وبناء تحالف (مهارة سياسية). مثل كل المهارات الأخرى، المهارة السياسية يمكن تحليل عناصرها وفهمها، وتدريسها، وتعلمها – وبالنسبة للقائمين على الإصلاح الصحى، المهارات السياسية ضرورة لا غنى عنها. أى نوع من مقترحات الإصلاح الصحى سوف يتم إقراره، ذلك أمر سوف يعتمد على المهارة، والالتزامات، والموارد التى يمتلكها أنصار هذا الإصلاح (وخصومه) وعلى الاستراتيجيات السياسية التى يستعملونها.

لا شىء مشين فى أن تكون نمرًا سياسيًا فى خدمة إصلاح القطاع الصحى. السياسة هى الطريقة التى تؤدى بها الحكومات عملها، وهى الطريقة التى يتخذ بها المجتمع قراره. فى الدول الديموقراطية، العمل السياسى الانتخابى والتشريعى ربما يكون مفتاحا. فى أنظمة الحزب الواحد، تلعب البيروقراطية السياسية دورًا مماثلاً. صنع القرارات يتم عبر كفاح وصراع داخل جهاز الدولة، حين تتحارب الهيئات والشلل من أجل السيطرة. من يعتنى حقًا بالنتائج المحققة من الإصلاح الصحى يجب أن يتعلم كيف يفكر سياسيًّا ويتصرف استراتيجيًا، مهمًا كان نوع النظام الذى يعمل من خلاله.

المهمة السياسية الرئيسية هي بناء تحالف داعم قوى في كل الأحوال. وكما نناقش ذلك في الفصل الرابع، هذا يعني تحديد الجماعات والأفراد الذين يمتلكون القوة السياسية الكافية بشكل جمعي؛ لتحقيق الموافقة على السياسات المقترحة. ومن يتبنى سياسيًا استراتيجية الإصلاح الصحي يحتاج إلى وضع خريطة لسلطة الجماعات الرئيسية وأوضاعها، وأن يصوغ استراتيجيات تثمر عن الدعم المطلوب. يجب أن تأخذ هذه الاستراتيجيات في اعتبارها الهياكل السياسية والمؤسسية للبلاد. أضف إلى ذلك، لا تنتهي السياسات فور إقرار الخطط، ولكنها تستمر في لعب دور ملموس في مجال سلامة تنفيذ الإصلاحات بشكل متقن – وهو ما يأتي بنا إلى المرحلة التالية من دورة الإصلاح.

الخطوة رقم ٥: التنفيذ

لعالم السياسة الأمريكي آهارون وايلدافسكي موقف يقول فيه، إن الأفكار الجيدة لا تستحق الكثير إذا لم نتمكن من تنفيذها (برسمان ووايلدافسكي ١٩٧٣). الكثير من أفكار الإصلاح الصحي التي ندعي سلامتها فشلت لأنه، في الممارسة العملية، لم تكن جيدة – بالضبط لأنه لم نستطع تنفيذها.

تتطلب عملية إصلاح القطاع الصحي "دائمًا" من الهيئات ومن الأفراد التصرف على نحو مختلف. دون هذا التغيير لن نحقق شيئًا. أحد الأسباب هو العامل النفسي. الإجراءات الجديدة، والهياكل الجديدة هي إجراءات وهياكل غريبة ولم يألفها أحد بعد. بالنسبة للعديد، مجرد واقع الجدة نفسه يحدث قلقًا ومقاومة. القول المأثور "شيطان تعرفه خير من شيطان لا تعرفه" يجسد هذه الفكرة. تنشأ مقاومة التغيير أيضًا بسبب أن التغيير يأتي ومعه تكلفة ومجهود أكثر من أجل أن تتعلمه. الهياكل الهرمية القائمة قد تنزعج. هؤلاء المستفيدون من النظام القديم قد يخسرون كثيرًا. أكثر من ذلك، هؤلاء الذين يحققون أعظم النجاح في ظل النظام القديم هم أعظم الخاسرين؛ ومن هنا، الأكثر قوة ونفوذًا في الوضع الحالي غالبًا هم أكثر المعارضين للإصلاح.

القوى الأخرى التى تعرقل التغيير هى الصعوبة التى نعانيها كلنا فى التخلى عن الأنماط التى ألفناها فى التفكير. أنماط التفكير والسلوك المنزرعة بعمق والتى تغلغلت ببطء وتدريجيًا فينا وكانت ذات نفع عظيم لنا فى الماضى، تكبلنا بشدة. أكثر من ذلك، أنماط الفعل ورد الفعل القائمة غالبًا ما تدعمها شبكة من التوقعات المتبادلة (تتحكم فيها الثقافة والطبقة والمنصب والنوع على سبيل المثال). إذا ما أراد الطبيب معاملة الممرضة على نحو مختلف، أو إذا ما أراد مريضًا أن يتصل بطبيبه بشكل مختلف، قد تواجههم كل أنواع الضغوط حتى يلتزموا بالنمط المتبع للسلوك فى مثل هذه الحالات. بالنسبة لمعظمنا، مثل هذه الفرضيات – مثلها مثل السمات العديدة لثقافتنا – هى فرضيات غير مرئية. إلا أن تنفيذ الإصلاح الصحى يمكنه الاعتماد على تغيير بعض هذه الأنماط الثقافية نفسها، وهى عملية قد تكون فى غاية الصعوبة.

التغلب على مقاومة التغيير يتطلب قيادة على درجة راقية من الحذق والبراعة. إلا أن ندرة مثل هذه القيادات هو الأغلب. القائمون على عملية إصلاح القطاع الصحى (بمن فيهم وزير الصحة أو وزير المالية) هم غالبا أطباء، أو سياسيون، أو رجال اقتصاد. القلة منهم تمتلك خبرة قيادة تنفيذية لمؤسسات كبيرة، ولا يلمون بشكل كامل إلا فيما ندر بأهمية المهارات الإدارية. الأطباء الأكاديميون الكبار قد تنقصهم على وجه الخصوص هذه المهارات، مع الأخذ فى الاعتبار الطبيعة الهرمية لهيكل التعليم الطبى فى العديد من البلدان. إنهم لا يدركون غالبًا أن إعطاء الأوامر لا يكفى فى هذا المجال، وأن عملية إصلاح النظام الصحى يختلف عن إجراء عملية جراحية فى غرفة العمليات. يشمل تنفيذ عملية إصلاح القطاع الصحى العديد من المهام الأساسية التنظيمية: تطوير خطة تنفيذ، وتشكيل فريق متنوع لتنفيذ الخطة وتكليفهم بمهام، ووضع الجداول الزمنية وتنسيقها، والتحفيز والاستجابة للتغذية المرتدة من القائمين على العمل. ومع الأخذ فى الاعتبار أن الوزراء غالبًا ما يستمرون فى مناصبهم مدة أقل من سنة أو على الأغلب أقل من سنتين. فلن نندهش أمام حقيقة أن الاهتمام الكافى بأمور التنفيذ لا يتحقق. ولكن عندما يحدث ذلك، تصبح النتائج على الأرجح مخيبة للآمال بشكل مضاعف.

لإحداث تغيير حقيقى، يجب وضع جهود إصلاح القطاع الصحى تحت متابعة وملاحظة مستمرة ولصيقة، حتى يمكن تحديد المشاكل واتخاذ الإجراءات التصحيحية. لذلك تأسيس نظام ملائم للتقارير يصبح مفتاحا للتنفيذ الناجح للسياسات (بين ٢٠٠١). ولكن هناك عديد من المشاكل تنشأ عند جمع المعلومات. نظام حوافز مقدمى الخدمة قد لا يمثل الواقع. بل إن قدر الكذب فيه قد يكون ذا وزن ملموس. والبيانات التى قد تحصل عليها بيسر، ربما لا تقيس بدقة نواحى الأداء التى يهتم بها القائمون على عملية الإصلاح - وربما يؤدى ذلك إلى نظام حوافز يشوه السلوك المطلوب. وهكذا، فالمهمة الأساسية للقائمين على الإصلاح هى وضع تصميم لنظام متابعة يحقق توازنًا بين التكلفة فى مواجهة جودة البيانات، وبين سهولة العمل فى مواجهة مقاومة التزوير. مثل هذا النظام هو أمر حاسم فى فعالية التنفيذ، وأيضا فى عملية تقييم الإصلاح الصحى.

الخطوة رقم ٦: التقييم

يعرف القائمون بعملية التقييم ذوى الخبرة أن التقييم الناجح يجب أن يبدأ سابقًا عن تنفيذ البرنامج الجديد بوقت كاف. وتحديد أثر السياسة الجديدة فى عالم يتغير هو أمر صعب من تلقاء نفسه. السؤال الذى يثار غالبًا هو هل ما يحدث هو نتيجة لعملية الإصلاح أم أنه يحدث حتمًا لسبب أو لآخر؟ وحيث إن تجميع البيانات لا يستهلك موارد إدارية وتنظيمية إلا بأقل القليل، يجب اتخاذ سلسلة من القرارات الاستراتيجية لو أردنا لعملية التقييم أن تكون فعالة ومستدامة.

أبسط مقاربة فى التقييم هى مقارنة ما هو قبل إلى ما هو بعد. وهذا يتضمن كيفية تغير المخرجات مع الوقت أثناء تنفيذ سياسات الإصلاح. ولكن هذه المقاربة لا تبيح للقائمين على التقييم اكتشاف الأدوار التى تلعبها الأحداث الأخرى والظروف الأخرى. مثلاً، التحسن فى الوضع الصحى قد يكون سببه قفزة فى النمو الاقتصادى، أكثر من كونه بسبب لوائح تنظيمية مالية، أو لأجور الأطباء.

الحل التقليدى لمثل هذه المشكلة هو تشكيل "مجموعة تحكم"، أى مجموعة من السكان لا تخضع للبرنامج أو السياسة الجديدة، ولكنها تخضع للدراسة بنفس الطرق التى تمارس مع "مجموعة الاختبار". وهذا يسمح بمقاربة "اختلاف فى الاختلافات"، الذى يقارن بين اختلافات ما قبل وما بعد فى كلا المجموعتين. وتعمل هذا المقاربة بكفاءة أفضل فى حالة المشروع الاسترشادى، حيث إن الإصلاح عندما يتم على المستوى القومى كله يصعب حينئذ إيجاد مساحة "لمجموعة التحكم" هذه من أجل عمل مقارنة (سميث ومورو ١٩٩٦، روسى وآخرون ١٩٩٨).

وعندما لا تتوفر "مجموعة تحكم" للمقارنة، يستطيع القائم على التقييم أن يختار بين العديد من البدائل. ربما تتنوع أقاليم البلد فى المدى الذى تؤثر فيه المتغيرات المتجمعة على المخرجات. وبشكل بديل، يمكننا اتخاذ بلدًا مجاورًا بشكل ما كخط أساس. هذه النقاط يجب أن تكون محل دراسة متأنية وعميقة عند وضع تصميم لعملية التقييم. ولكن حتى عملية المقارنة البسيطة بين ما هو قبل وما هو بعد لتقييم سياسة جديدة، لا يمكن تنفيذها دون وجود قدر طيب من بيانات "ما هو قبل". يحتاج القائمون على عملية الإصلاح، لذلك، إلى جمع بيانات خط الأساس بشكل جيد قبل وضع أى برنامج أو سياسة جديدة.

وبينما لا نستطيع استكشاف القضايا العديدة المتعلقة بالتقييم فى عملية إصلاح القطاع الصحى فى هذا الكتاب، لذا يجب إلا ينس القائمون على عملية الإصلاح بعض الدروس الأساسية لدور البيانات فى التقييم القائم على الأدلة. أولا، جمع البيانات ليس أمرًا مجانيًا، والبيانات الأفضل نمطيًا تستدعى تكلفة أكبر فى جمعها. التخطيط الجيد للتقييم يجب أن يوازن بين التكلفة فى مقابل الاستفادة. ثانيًا، تكلفة جمع البيانات تقع نمطيًّا على عاتق المسئولين عن كتابة التقارير. ولو وجدوا أن تكلفة الحصول على بيانات جيدة سوف تكون بالنسبة لهم فادحة؛ فإنهم سوف يقومون بتقديم بيانات فقيرة. مثلاً، دراسة بيانات عنبر رعاية الأميات فى مقاطعة

بشمال غانا صادفت مشاكل متعددة فى جودة البيانات، للدرجة التى جعلت كثير من المعلومات التى تم جمعها "محل شك فى دقتها" (الوتى ورايدباث ٢٠٠٠). كتبت القابلات تقريرًا قلن فيه إن كتابة الاستمارات والسجلات يستغرق وقتًا طويلاً بالنسبة لهن، والأرقام لا تستخدم فى التحليل بعد مرور سنة، ولذا بدا المجهود قليل المردود. استخلص الباحثان أن الضغط على القابلات ليجمعن البيانات بشكل أفضل كان مقدرا له عدم النجاح، حيث إن المعلومات لم تعد عليهن بنتائج لا إيجابية ولا سلبية. باختصار، لم يكن لدى الممرضات أى سبب يدعوهن لأنفاق الوقت، وبذل المجهود للحصول على معلومات أفضل.

ثالثًا، نستطيع جمع الكثير جدًا من البيانات. جمع بيانات كثيرة زائدة عن الحد ينتهى إلى "مقابر بيانات"، تتراكم فيها أكوام وأكوام من البيانات "الميتة"، من الضخامة، بحيث لا يستطيع أى أحد تحليلها. السؤال الرئيسى الذى قد يسأله أى مدير عند اقتراح خطة لجمع البيانات، سيكون "كيف سوف استخدم هذه البيانات عند حصولى عليها؟" البيانات التى لا ترتبط بالقرارات الفعلية، من المرجح أنها سوف تدفن سريعًا فى أقرب مقبرة بواسطة هؤلاء الذين لا يسمح لهم انشغالهم بالعمل النظر فيها.

أحد استراتيجيات الحصول على البيانات التى يمكن الاعتماد عليها، هى استخدام البيانات التى تجمعها المؤسسات والهيئات لأغراض العمل لديها. مثل هذه البيانات على الأرجح سوف يقومون بتسجيلها بدقة حيث إن المدراء فى حاجة إليها لإدارة المنشأة. فى بعض البلاد، بيانات كشوف القبض، وبيانات العاملين، أو سجلات خروج المرضى من المستشفى؛ ربما تكون دقيقة نسبيًا. عندما توجد مثل هذه السجلات، التقارير المرفوعة إلى الهيئات الحكومية ربما تحمل بيانات لحد ما مدققة من مصادرها، وهذه العملية قد تزيد من مصداقية التقارير.

فى الإجمال، يجب أن يهتم القائمون على عملية الإصلاح بالتقييم فى المراحل المبكرة للعمل. لا يمكن أن تنتظر آليات التقييم حتى تبدأ عملية التنفيذ للبرنامج الجديد. يجب جمع بيانات خط الأساس قبل بدء التنفيذ، ويجب وضع مخطط المستويات الإدارية والتقييم فى بالنا، وأنّ العواقب الغير مقصودة أمر متكرر فى عملية إصلاح القطاع الصحى. حتى نعمل بطريقة مختلفة، يجب أن يتناول القائمون على عملية الإصلاح موضوع التقييم بجدية، لنتمكن من اكتشاف هذه العواقب الغير متوقعة، والتعامل معها. وللمفارقة، سوف يعرف القائمون على الإصلاح أن عملية التقييم قد تمت على نحو حسن، عندما تكشف البيانات التى تم جمعها عن مشاكل جديدة؛ لتبدأ دورة تطوير السياسة من جديد.

الملخص

تناول هذا الفصل مقدمة لدورة وضع سياسة لإصلاح القطاع الصحى. وفى الفصول اللاحقة، سوف نستكشف جوانب مختارة من هذه الدورة بتفصيل أكثر مع الانتباه الواجب للمواضيع الخمس الرئيسية.

الخطوة الأولى: تحديد المشكلة

النظام الصحى هو استجابة اجتماعية على المشاكل الاجتماعية. يقوم تحديد المشكلة ووضع أولويات الإصلاح الصحى على أساس من الاختيارات بين القيم. نعتقد أن هذه الاختيارات يجب صياغتها فى عبارات واضحة وكذلك فحصها جيدًا. مقاربتنا لمثل هذه الاختيارات تتضمن دليلاً إلى النظرية الأخلاقية، التى نتناولها فى الفصل الثالث.

من أجل تطوير سليم للسياسة، يجب تعريف المشكلة بمعايير أهداف أداء النظام الصحى. ورغم أن القائمين على الإصلاح غالبًا ما يحملون عبء أهداف متعددة، نحن نعتقد أن قائمة قصيرة بمستهدفات النظام الصحى – تلك الأهداف التى نراها مرتبطة ارتباطًا شديدًا بالإصلاح الصحى من واقع خبرتنا – يمكن التعرف عليها. نحن نقدم هذه المستهدفات فى الفصل الخامس، ونربطها بأفكار النظرية الأخلاقية، التى نقدمها فى الفصل الثالث.

الخطوة الثانية: التشخيص

من أجل التعرف على الحلول الممكنة لتحسين الأداء، فإن تقييم وضع أداء النظام الصحى يتطلب تشخيصًا لأسباب الأداء السيئ. لقد وضعنا تصميمًا لأسلوب تشخيص نراه منهجيًا ، ويمكن تعلمه، ويمكن ممارسته. لقد أتممنا مقاربة تشخيص النظام الصحى هذه فى الفصل السابع.

الخطوة الثالثة: تطوير السياسات

النظام الصحى ليس بسيطًا، لديه خطوات عدة تربط الاستراتيجيات السياسية العريضة مع النتائج النهائية. نحن نقترح هنا إطار عمل من المفاهيم لخمس أزرار تحكم تشمل عوامل عارضة توفى بمعيارين جوهريين: فهى أزرار تحكم تحدد بشكل ملموس أداء النظام الصحى، ويمكن استخدامهم عبر إصلاح السياسات وخلال التنفيذ الفعال لها. فى الفصل الثامن والثانى عشر، نقدم نقاشًا تفصيليًا لهذه الآليات والعمليات. بالنسبة لكل زر من أزرار التحكم هذه، نقدم دليلاً عمليًا لتصميم وإجراء التدخلات وكذلك دليلاً للأثر المتوقع لاستراتيجيات الإصلاح المختلفة.

الخطوة الرابعة: القرار السياسي

فى الإصلاح الصحى، تعنى الحياة السياسية الكثير عبر دورة وضع السياسات هذه، ولقد ضمنا اهتماماتنا السياسية فى كل فصل من فصول هذا الكتاب. وكما عرضنا فى الفصل الرابع، "التحليل السياسى" المنهجى، واستخدام هذا التحليل لتطوير "استراتيجيات سياسية" هى أمور جوهرية من أجل إصلاح صحى فعال. التشديد على التحليل السياسى فى هذا الكتاب يعكس آراءنا التى تقول إن التحليل السياسى يجب إتمامه مبكرًا قبل دورة وضع السياسة، وخلال الدورة كلها.

العناصر الخمسة – أهمية النظرية الأخلاقية، ومستهدفات أداء النظام الصحى واضحة وصريحة ومتعرف عليها، ومقاربة منهجية لتشخيص النظام الصحى، واستخدام أزرار التحكم فى النظام الصحى، والتحليل السياسى – هى لب ما هو جديد ومفيد فى هذا الكتاب. هذه النقاط تم تطويرها بالتفصيل فى الفصول اللاحقة، حيث نقدم جسم مقاربتنا للحصول على إصلاح صحى حقًا.

٢

الحكم على أداء النظام الصحى:

النظرية الأخلاقية

المواقف التى تتحدث حول ما يتوجب على المجتمع أن يفعله، دائمًا ما تتطرق إلى الأخلاقيات. والأمر هو ذلك دائمًا حتى عندما يؤكد الشخص أن ما يزعمه هو أمر تقنى صرف ولا يشمل القيم. رجال الاقتصاد، على سبيل المثال، غالبًا ما يدافعون عن أنهم لا يهتمون بأمر الأخلاقيات، إلا إذا استدعى الأمر الكفاءة الاقتصادية. خبراء الصحة العامة غالبًا ما يتخذون مواقف مماثلة، يؤكدون أنهم لا يتعاملون مع الأخلاقيات، إلا إذا تطرق الأمر إلى حماية صحة الجمهور. ولكن كيف نعرف أن الكفاءة أو الصحة هى الهدف الذى يحاول المجتمع تحقيقه؟ افترض أن الكفاءة تتعارض مع العدالة، أو أن الجهود نحو تحسين الصحة تؤدى إلى فرض قيود على الحرية الشخصية؟ لماذا نضع قيمة أكبر للصحة أو للكفاءة فوق كل هذه المستهدفات؟

هذا الكتاب يقوم على أساس اقتناعنا العميق بأن الحكم على أداء القطاع الصحى يتطلب تحليلاً أخلاقيًا. فى هذا الفصل نتقدم بثلاث اتجاهات رؤى كبرى كأساس نبنى عليه مثل هذا الحكم: النفعية، الليبرالية، النزعة المجتمعية. وليس غرضنا النهائى هو الغوص فى أعماق الفلسفة الأخلاقية فى حد ذاتها، ولكن الأحرى استخدامها كأداة لاتخاذ قرارات حول إصلاح القطاع الصحى. ففهم المنظور الأخلاقى الأوسع خلف الجدل المحتدم حول الإصلاح الصحى؛ يمكنه مساعدة محللى السياسات وصناعها على القيام بعملهم بشكل أكثر فعالية. فهذه الرؤى الأخلاقية تستطيع بشكل أفضل شرح المواقف المتخذة والدفاع عنها، وتستطيع تفهم مواقف الآخرين بشكل أفضل والاستجابة لها.

المذهب الأول الذى نناقشه (النفعية) يقول إننا يجب أن نحاكم السياسة بناء على نتائجها. فالنفعية تعطى قيمة للنتائج بواسطة فحص أثار قرار ما على المجموع الكلى لرفاهية الفرد فى المجتمع. هذا المنظور يخلق الدافع للعديد من جهود إصلاح القطاع الصحى حول العالم.

المذهب الثانى (الليبرالية) يركز على الحقوق والفرص، من أين يبدأ الناس، وليس إلى أين ينتهون. هذه الرؤية تمتلك أيضًا دورًا مهمًا فى الجدل حول الإصلاح الصحى. الادعاء المتكرر أن المواطنين يمتلكون حقًا فى الرعاية الصحية – أو حتى فى الصحة نفسها – يعكس اهتمامات ليبرالية.

المنظور الثالث (النزعة المجتمعية) يقرر أن المهم هو نوع المجتمع الذى تساعد السياسات العامة على خلقه، ونوع الأفراد الذين يعيشون فيه. فى هذه الرؤية، تلتزم المجتمعات المحلية برعاية أفرادها من أجل المساهمة والتشارك فيما يراه المجتمع فضيلة وسلوكًا طيبًا. قد تتصادم النزعة المجتمعية مع كل من التفكير المبنى على أساس النتائج، والتفكير القائم على الحقوق، حيث إن بعض الفضائل قد لا تتضمن تعظيمًا لرفاهية الفرد أو تكبل الحرية الفردية.

فى هذا الفصل، نناقش تلك النظريات الأخلاقية الثلاث ونستكشف تبعاتهم على إصلاح القطاع الصحى. نستكشف أيضًا بعض التنويعات فى زوايا رؤى كل من هذه المقاربات العريضة. فى الفصل الخامس والسادس، سوف نصف كيف تربط هذه النظريات الثلاث المعايير المتنوعة المستخدمة للحكم على الإصلاح الصحى؟، ونناقش كيف أن التحليل الأخلاقى يساعد القائم على الإصلاح الصحى فى تكوين أفكار حول أولوياته.

النظرية الأخلاقية # ١: النفعية

المقاربة الأكثر شيوعا لمشكلة الأحكام الأخلاقية على أداء القطاع الصحى تقوم على أساس النتائج. تفترض هذه المقاربة عمومًا أن "الغاية تبرر الوسيلة". فهى تقول إن علينا الحكم على سياسة ما بالسؤال عن أثرها على الفرد فى المجتمع وانتقاء الاختيار الذى يحسن بأقصى ما يمكن من المجموع الكلى لرفاهيتهم. وللمعاونة فى وضع قرارات حول الإصلاح الصحى، يتحتم إجابة عدد من الأسئلة الأخرى الأكثر نوعية. رفاهية من تهم، وبأى قدر؟ أيضًا، كيف يمكننا قياس الرفاهية بطرق عملية بغرض الإصلاح الصحي؟. هناك تقليدان فكريان رئيسان حول طريقة الإجابة على هذه الأسئلة الثلاث: النفعية الذاتية، والنفعية الموضوعية. فكلا المقاربتان تبحث عن الاستخدام الكفء للموارد من أجل إنتاج أفضل "الطيبات" – ولكن هناك تباينات هامة فى أساليبهم وفى تبعاتهم.

النفعية الذاتية

الموقف الأول مشتق من أعمال الفيلسوف الإنجليزى جيريمى بنتيام (١٧٤٨ – ١٨٣٢)، الذى آمن أن الفرد يستطيع الحكم بشكل حسن على ما يجعله سعيد. ودافع عن فكرة أن الناس يجربون مستويات مختلفة من "الانتفاع" فى أحوال متباينة، معتمدين على تذوقهم الخاص وما يفضلونه. ما يعنيه "بالانتفاع" هو الأحاسيس الداخلية بالسعادة التى تمتلك الناس، ومن هنا جاء مذهبه المعروف باسم "النفعية". فيو يطرح أن خيرية أى عمل تحددها "عملية حسابية Hedonic" لحاصل إضافة المتعة والألم الناتج منه. العمل الخير، هو العمل الذى يؤدى إلى "أقصى سعادة لأكبر عدد". (بنتيام ١٧٨٩). طبقًا لهذه الفلسفة، الطريقة التى سوف تقيم بها النظام الصحى هو تحديد قدر السعادة التى يجلبها لكل فرد، وبإضافة هذه المقاييس معًا نكشف قدر الانتفاع الذى يجلبه النظام.

دافع بنتهام عن فكرة إن كل الأذواق تتساوى فى مشروعيتها. زاوية النظر هذه تفكك مركزية التقييم، حيث إن كل الأفراد يصدرون حكمهم على قدر سعادتهم بأنفسهم ولأنفسهم. نحن نسمى رأى بنتهام النفعية الذاتية. بطريقة معينة، أنه مفهوم غير هرمى مغلق تمامًا. إنه يطرح أهمية لكل فرد، ويساوى بين أهميتهم. فالحكم على سياسة يتطلب منا جمع مستوى نفعية كل فرد من كل اختيار سياسى؛ ومن ثم اختيار السياسة التى تؤدى إلى أقصى سعادة أو منفعة.

يمضى رجال الاقتصاد بإطار العمل التحليلى هذا خطوة إلى الأمام. إنهم يدافعون عن فكرة استخدام تحليل التكلفة/المنفعة لتحديد أى عمل سوف يفضى إلى المنفعة الكلية الأعظم. يتضمن ذلك اكتشاف جملة عدد من يمكن اعتبارهم منتفعين من سياسة ما، أو برنامج ما، وعلى استعداد دفع مقابل منفعتهم تلك. إذا ما كانت المنافع تقديريًا أعظم من التكلفة، سوف تتقدم هذه السياسة إذًا بأعظم الخيرات للعدد الأعظم ولسوف تقرر هذه السياسة حتمًا. هذا التحليل بهذا الشكل يقيم كلاً من التكلفة والمنافع بمعايير مالية (ميشان ١٩٨٨، كوليار ونيوهاوس ٢٠٠٠).

رجال الاقتصاد يقارنون بين المنافع والتكلفة لأن تكاليف برنامج ما فعليًا تمثل المنافع، التى نتخلى عنها فى مواقع أخرى من الاقتصاد؛ حتى ننفذ هذا البرنامج. هذه المنافع التى نتخلى عنها نسميها "كلفة الفرص البديلة". يدافع الاقتصاديون عن فكرة أنه فى اقتصاد تنافسى، ثمن المدخلات – مثل العمل أو الأجهزة – سوف يتحدد بواسطة قيمة المخرج الذى يستطيع المدخل إنتاجه. يستطيع العامل كسب ١٠ دولارات فى الساعة، لو أن العامل، بساعات عمل إضافية–، استطاع إنتاج بضائع يمكن بيعها بعشرة دولارات. لو أن برنامجًا يتكلف ١٠٠ ألف دولار، فمن ثم لابد وأن مدخلاته كانت سوف تنتج بضائع قيمتها ١٠٠ ألف دولار فى موقع آخر من مواقع الاقتصاد. وهكذا، تحليل المنفعة/التكلفة هو فى الحقيقة تحليل المنفعة/المنفعة. مذهب النفعية الذاتية يقول لنا أن نختار الأنشطة التى تجعل من الفوائد والمنافع التى نربحها أكبر من المنافع والفوائد التى نتخلى عنها.

ليس سهلاً تقييم الإصلاحات الصحية المقترحة باستخدام تحليل التكلفة/المنفعة الرسمى. أحد الأسباب هو صعوبة تحديد ما يرحب الناس بدفعه مقابل هذه الخدمات. غالبًا، نحن لا نستطيع استخدام ما يدفعه الناس كدليل استرشادى، حيث إنهم ربما لا يدفعون أى شىء (أى، خدمات مجانية فى عيادات القطاع العام). لو استخدمنا استطلاعات الرأى لتقييم استعداد الناس للدفع، هل سوف يقوم الناس بالإجابة على الأسئلة بصدق؟، هل هم حتى يعلمون كم هو المقدار العادل مقابل فوائد افتراضية؟

رغم ذلك، النفعية الذاتية امتلكت تأثير، ونفوذا قويًا جدًا فى الجدال الدائر حول الإصلاح الصحى. يخضع صناع القرار غالبًا لإلحاح (خصوصًا من الاقتصاديين) استخدام حسابات السوق لحساب مخصصات الرعاية الصحية. الفكرة الأساسية خلف حماس المنفعة الذاتية للأسواق هو أنه عندما تعمل الأسواق بشكل حسن، يشترى المستهلكون فقط تلك البضائع والخدمات التى يتجاوز استعدادهم للدفع تكلفة إنتاجها. مثل هذه التوصيات مبنية على أساس النماذج الاقتصادية التى يمتلك فيها المستهلك معرفة تامة، وتعمل الأسواق على أساس تنافسى منضبط. نظام هذه الأسواق يمتلك خصائص مرغوبة من منظور مذهب النفعية الذاتية. وعلى وجه الخصوص، ذلك يؤدى إلى وضع لا تنشأ فيه مكاسب غير مستغلة فى دائرة الاقتصاد، لدرجة أن الطريقة الوحيدة لزيادة منفعة الشخص هى إنقاص منفعة شخص آخر. مثل هذه النوعية من الأسواق تعتبر حينئذ أسواقًا ذات كفاءة فى تخصيص مواردها (جراف ١٩٦٧). تسمى هذه الحالة "الوضع الأمثل لباريتو" تكريمًا لرجل الاقتصاد الإيطالى الذى قام بتعريف هذا المفهوم لأول مرة.

لسوء الحظ، معظم أسواق الرعاية الصحية الحقيقية هى أبعد من أن توفى بالشروط المسبقة للتنافسية التامة، ومن هنا هى بعيدة عن الوضع الأمثل لباريتو (آرو ١٩٦٣). أولاً، يعتمد المرضى نمطيًا على الأطباء لإخبارهم بنوع الرعاية

التى يجب أن يتلقونها. وهذا يجعل من الممكن بالنسبة للأطباء، بوصفهم "وكلاء" المرضى، أن يسيطروا على قرارات الرعاية بطرق تناسب مصالح الأطباء. على سبيل المثال، الأطباء الذين يتلقون رسم-مقابل-الخدمة يمتلكون كل الأسباب لتشجيع طرق الرعاية الغير ضرورية أو الغير ملائمة (وهى ما تسمى "الطلب الذى يحفزه المنتج"؛ فولاند وآخرون ٢٠٠١، فلدشتاين ١٩٩٣). والمشترون أيضًا لديهم صعوبات كبيرة فى الحكم على الجودة الطبية للخدمات التى تقدم لهم. هم لا يستطيعون القول إذا ما كانت كيماويات الدواء الموصوف لهم كما هو معلن عنه أو إذا ما كان الجراح قد أجرى عمليته بمهارة. أضف العناصر القوية لاحتكار السلطة ونستطيع أن نرى ذلك فى أن أسواق الرعاية الصحية غالبًا ما تتميز بما يسميه الاقتصاديون "انهيار السوق". لهذه الأسباب، نحن نناقش فى الفصل الحادى عشر، أسواق الرعاية الصحية، والتى غالبًا ما تخضع إلى لوائح تنظيمية بشكل كثيف لمواجهة أثر هذه العيوب.

الحماسة للأسواق فى مجال الرعاية الصحية يتجاهل أيضًا قضايا هامة فى الإنصاف. ففى السوق، استهلاك كل شخص يقوم على أساس دخل الفرد. وحتى لو كانت الحالة هى "وضع باريتو الأمثال"، سوف يحصل الفقير على أقل، غالبا أقل جدًا من الأغنياء. فعليًا، أفقر الفقراء غالبًا لا يستطيعون حتى تحمل تكاليف الخدمات الأساسية. نتيجة لذلك، هؤلاء المهتمون بتحقيق الحفاظ على سبل منصفة للحصول على الخدمة (وهو اهتمام نشاركهم فيه) عليهم التفكير بعناية فى الطريقة التى نستخدم بها الأسواق وأين، وكيف نقاوم تأثيراتها السلبية عند استخدامها. رغم ذلك، المواقف المتخذة بناءً على فكرة السوق قد كسبت نفوذًا سياسيًا ملموسًا فى السنوات الأخيرة، لتوفر مساحات للتفكير النفعى الذاتى تدخل به الجدال حول الإصلاح الصحى.

طريقة أخرى لتسليط الضوء على قضايا الإنصاف التى يثيرها مذهب النفعية الذاتية وهى أن نرى قدرة هذه المقاربة على الوصول بسهولة إلى خلاصة أننا يجب ألا نقدم خدمات عالية التكلفة للفقراء، حيث إنهم لن يستطيعوا الدفع مقابل المنفعة بما يزيد عن التكلفة التى سوف تفرضها النفعية الذاتية. ربما يرد أحد دعاة النفعية الذاتية بموقف أنه لو أردنا إعفاء الفقراء على قدر الممكن، فلسوف نعطيهم النقود، وندعهم ينفقونها حسب رغبتهم. لو أن هناك أشياء أكثر قيمة للفقراء من الرعاية الصحية، فلسوف يكون ذلك اختيارهم.

هذا الخط من التفكير يعكس آراء النفعية الذاتية فى أن الصحة ليست بضاعة خاصة، ولكنها مجرد سلعة من سلع أخرى قد يشتريها المواطنون أم لا، طبقًا لاختيارهم. وحيث إنه فقط كل شخص يعرف حقًا ما يجعله سعيدًا، يجب احترام رغباتهم وما يريدون. ومع ذلك، التفاؤل الذى تتبناه هذه الرؤية حول الاختيارات الفردية يبدو غير مبرر فى نظر العديد من النقاد، (دوركين ١٩٩٣). فالنقاد غير مستعدين لتأسيس سياساتهم الاجتماعية بالكامل على رغبات وقرارات الأفراد. بدلاً من ذلك، فهم منجذبون إلى مذهب النفعية الموضوعية كبديل.

النفعية الوضعية

ماذا إذا كنت تؤمن أنه من المفروض محاكمة الإصلاح الصحى بناءً على نتائجه، ولكنك تشك فى قدرة الأفراد دائمًا على الاختيار السليم حول التصرفات التى تؤثر على صحتهم؟ مثلاً، هل يجب أن تتحرك الحكومات لترويج الأسواق التى تقدم لمدخنى السجائر ما يريدونه؟، لو يريد المرضى أدوية خطرة أو غير فعالة، أو يريدون حماية أطباء غير مؤهلين، هل يجب أن تسمح الحكومات للناس باختياراتهم هذه؟.

القائمون بالإصلاح الذين يريدون ترقية رفاه الأفراد، ولكنهم يرتابون فى مصداقية وسلامة اختيارات الأفراد، يدافعون عن تأسيس القرار على رفاه الأفراد، تحدده معايير موضوعية يضعها فريق من الخبراء. يطور هؤلاء الأفراد مؤشرًا رقميًا يجسد مكونات "قابلة للمعرفة عقلانيًا" للرفاهة، ومن ثم يستخدم هذا المؤشر الرقمى لتقييم ظروف كل شخص. هذا الموقف معروف باسم النفعية الموضوعية (جريفين ١٩٨٦).

للنفعية الموضوعية تاريخ طويل فى الصحة العامة. فى القرن التاسع عشر، أظهرت فلورنس نايتنجيل أنه أقل تكلفة بالنسبة للجيش البريطانى أن يرعى الجرحى من الجنود، بدلاً من تركهم يموتون، ثم يدربون مجندين جدد (نايتنجيل ١٨٥٨). كانت هناك محاولات متنوعة لبناء مؤشرات للحالة الصحية فى فترة ما قبل الحرب العالمية الأولى والحرب العالمية الثانية. أيضًا، استخدمت مقاربات النفعية الموضوعية بشكل واسع فى الأبحاث الإكلينيكية، عندما تطورت قياسات "جودة الحياة" لتقييم نتائج العلاجات البديلة (ماكدوويل ونيوول ١٩٨٧). ولأنه أيضًا الموقف الفلسفى خلف تحليل عبء المرض عبر قياسات، مثل: مؤشر سنوات العمر المعدلة بالإعاقات المرضية (DALYs)، ومؤشر سنوات العمر المعدلة بجودة الحياة (QALYs)، التى أجراها البنك الدولى (١٩٩٣)، ومنظمة الصحة العالمية (٢٠٠٠). هذه المقاربة تخبرنا أن ننتقى السياسات ذات "أعلى صوت مقابل الجنيهات"، ومعيار "الصوت" هو المكاسب الصحية. ومن الملاحظ، أن هذه المقاربة لا تترجم المكاسب الصحية إلى كميات نقود كما تفعله مقاربة تحليل التكلفة/العائد.

وفى العالم الأوسع لتحليل السياسات، تقدم النفعية الموضوعية الأساس "لتحليل التكلفة/ الفاعلية". وقد استخدمت هذه المقاربة بشكل واسع أبعد من القطاع الصحى، وتحت مسميات مختلفة. أثناء الحرب العالمية الثانية، علماء الرياضيات البريطانيون استخدموا مثل هذه الأساليب لحساب أحسن الطرق لإجراء العمليات العسكرية (مثلا، للبحث عن طيار سقط فى القنال الإنجليزى) مما تسبب فى نشوء

مصطلح "أبحاث العمليات". وفى الخمسينات، نفس التقنيات تم تطبيقها فى مؤسسة راند بالولايات المتحدة لتقييم الكفاءة المقارنة لأنظمة تسليح مختلفة، فيما أصبحت تسميتها "تحليل النظم" (كواد وميزر ١٩٨٥).

تمركز الوضعية النفعية ما سعى بنتهام لتفكيك مركزيته. استخدام مؤشر رقمى وحيد لقياس الرفاهية يهمل التباينات الفردية لتفضيلات كل فرد. قد يريد فرد ما تحاشى إعاقة ما أو ألمًا مزمنًا، حتى ولو كان ذلك يعنى عمرًا أقصر؛ شخص آخر قد يبحث عن أطول عمر ممكن، مهما كانت المعاناة التى سوف يراها فى هذه الحياة. مثل هذه التباينات لا محل لها فى حسابات النفعية الوضعية.

يواجه القياس العملى للمنافع الصحية عديد من المشاكل الفنية. أحد الأسئلة الحاسمة، هو كيف تجمع ما بين الامتداد فى طول العمر، مع التحسن فى جودة الحياة. أساليب "DALYs" و"QALYs" تستخدم حلولاً مماثلة (ومحل نقاش). توصف الحالة الصحية على مسطرة مدرجة من صفر (الموت) إلى واحد (معافى تمامًا). يعطى الخبراء لكل مرض أو حالة إعاقة درجة خاصة لجودة الحياة فى نقطة ما على تدريج المسطرة هذه. سنة من العمر بصحة طيبة تحسب بوصفها وحدة قياسية واحدة من المنفعة. سنة من العمر تعانى فيها من بعض الإعاقات تحسب بوصفها كسر عشرى من ذلك، قل مثلاً سبعة أعشار الوحدة القياسية الواحدة. قيمة امتداد الحياة تحسب عندئذ بوصفها حاصل ضرب جودة الحياة لشخص تم إنقاذه، مضروبة فى عدد السنوات التى توفرت له. تحسن جودة الحياة تقاس بحاصل ضرب المكسب الجزئى للجودة فى عدد السنوات التى استمر فيها هذا التحسن. وبهذا، إضافة خمس سنوات من الحياة لشخص بجودة ٠,٨ تحسب بناتج ٤ وحدات "كواليز، QALYs"، حيث إن حاصل ضرب ٥×٠,٨ = ٤ كواليز. المشكلة الكبرى فى هذه المقاربة، هى أن كثيرًا من الناس يبدو أنهم يعطون قيمة أكبر لامتداد سنوات العمر عن تخفيف أثر الإعاقة، وهو ما يثير أسئلة جوهرية حول افتراضات وحسابات هذه الطريقة.

أحد أمثلة هذه المقاربة هى خطة أوريجون الصحية فى الولايات المتحدة. فى عام ١٩٩٤، أجرت هذه الولاية دراسة لتصنيف طرق العلاج الطبية التى يغطيها برنامج الميديكيد (Medicaid)، (وهو نظام تأمينى للأشخاص محدودى الدخل) طبقا لمعايير سنوات العمر المعدلة بجودة الحياة (Qalys)، التى تنتج عن إنفاق كل دولار، ومن ثم اقتراح قصر التغطية فقط على التدخلات التى تحقق أقصى فعالية منسوبة للتكلفة (بودينهايمر ١٩٩٧). وقد تم تعديل الخطة جذريًا فيما بعد، بسبب السخط العام على نتائج هذا التحليل، لأنه بدا للرأى العام أن هذا التحليل يحط من قيمة التدخلات التى تهدف لإنقاذ الحياة والحفاظ عليها (هاردون ١٩٩١).

يجسد مؤشر الحالة الصحية لا محالة أحكامًا ذات قيمة على التفضيلات النسبية لأنواع المكاسب الصحية المختلفة. على سبيل المثال، ما هى درجة فداحة المرض العقلى مقارنة بالمرض العضوي؟، هل نحسب سنوات العمر الضائعة فى مراحل العمر المختلفة على قدم المساواة أم أنها تأخذ قيم مختلفة؟، مؤشر سنوات العمر المعدلة بالإصابة بمرض (DALYs)، مثلاً، يعطى قيمة لسنوات الحياة فى منتصف العمر أكبر من قيمة السنوات الضائعة فى الأعمار الأصغر أو الأكبر (موراى ١٩٩٤). تعكس طريقة الحساب التفضيلية هذه منظورًا خاصًا مرتبط بالإنتاجية لا ينسجم مع القيم الاجتماعية للمجتمع حيث كبار السن هم، مثلاً، مستودع الحكمة والخبرة الخاصة. من يستخدم هذه الطريقة عليه لذلك أن يدفع الاعتراض القائل بأنه ليس كل المجتمعات أو كل الأفراد يرون النتائج الصحية بنفس الشكل (أناند وهانسون ١٩٩٧). فى الممارسة العملية، المدافعون عن هذه المقاربة يعقدون الندوات للخبراء، ويستخدمون وسائل خلق الإجماع لانتقاء مجموعة وحيدة من الأوزان لحساب المكاسب والخسائر الصحية فى كل حالة من حالات الاعتلال الصحى (موراى ١٩٩٤).

أيضا يستطيع القائمون على الإصلاح من معتنقى مذهب النفعية الوضعية المضى قدما دون استخدام طريقة قياس شاملة للمكاسب الصحية. مثلاً، تستخدم عديد من وزارات الصحة مقاييس مثل: معدل وفيات الأطفال الرضع لاختيار المجالات العالية الأولوية كمستهدفات، أو لاختيار سياسات التدخل. يتطلب ذلك مزيد من المؤشرات المحدودة، التى تتطلب بيانات أقل. وتحليلات أقل من تلك التى تتطلبها أساليب قياس مثل: الداليز (مؤشر سنوات العمر المعدلة بالإصابات المرضية). عيب هذه المؤشرات هو أنها لغياب وضوح مفاهيمها الوضوح القاطع، فمن الممكن إعطاؤهم صورة مشوهة عن الوضع. على سبيل المثال، تطوير وحدة رعاية مركزة للمواليد الجدد فى مستشفى محلى من الممكن أن يمتلك تأثيرا يزيد به مؤشر وفيات الأطفال الرضع، حيث إن الأطفال المولودين مرضى سوف يعيشون لفترة أطول؛ فتحتسب وفاتهم وفيات أطفال رضع أكثر من كونها وفيات لأطفال خلال الأسبوع الأول من الميلاد. وهكذا، فأى مؤشر جزئى يجب استخدامه مع الانتباه الكافى.

وأيضا عدد من المشاكل العملية تنشأ عند تفسير أى وضع صحى. فى بعض البلدان، مثلاً، الاختلافات فى إحصائيات معدل وفيات الأطفال الرضع، تعكس التباينات فى العادات الاجتماعية المحلية فى تحديدها لمتى قد "ولد" الطفل فعلاً؟، أو اختلافات فى كفاءة الجهاز البيروقراطى على جمع البيانات من القرى النائية، أكثر من كونها اختلافات فى معدلات وفيات الأطفال.

صعوبة عملية أخرى تنشأ عند تقييم المسببات. عند استخدام التحليل المبنى على العواقب، يجب أن يقيم المرء نتائج السياسات السابقة متنبأ بتأثيراتها على السياسات المستقبلية. عملية وضع تنبؤات قوية، هى غالبة عملية معقدة. افترض بلدًا تدبر أمر التحول من برنامج "رأسى" للتطعيمات إلى نظام يدمج عملية التطعيم فى نظام الرعاية الصحية الأولية. بالنسبة لمعتنق النفعية الوضعية، وفورات التكلفة المتوقعة لهذا التغيير يجب وضعها فى ميزان أمام العواقب الصحية التقديرية، التى

قد تحدث نتيجة لانكماش التغطية بالتطعيمات. تقدير عواقب انكماش التغطية بالتطعيمات يتطلب تقديرًا لكيفية تنفيذ البرنامج. كيف ستؤثر التغييرات على متابعة المتخلفين عن التطعيم، والحفاظ على سلسلة التبريد حتى تحتفظ بفعالية الطعوم، والميل نحو استخدام طعوم منتهية الصلاحية؟، وبعدئذ، كيف سوف تتجمع تلك التغييرات مع الوقت لتؤثر على الحالة الصحية؟ تلك التنبؤات ليس من السهل التكهن بها، إلا أن النفعى الوضعى يجب عليه أن يقوم بهذا النوع من التحليل لكل تغيير مفترض فى السياسات.

بعض تعقيدات التوجه النفعي: عدم اليقين والزمن

تستحق مشكلتان فنيتان للتحليل النفعى اهتمامًا إضافيًّا وجيزًا: عدم اليقين والزمن. نتائج الإصلاح الصحى دائمًا غير مؤكدة لحدود ما، وبعضها لن يحدث إلا بعد سنوات قليلة فى المستقبل (فاينشتاين وستاسون ١٩٧٧، فينز ١٩٨٦).

بالنسبة للنفعية الذاتية، إعطاء قيمة للمكاسب الغير مؤكدة أمر صريح تمامًا، على الأقل نظريًّا. الفوائد والتكلفة الغير مؤكدة تخضع للتقييم، عن طريق سؤال الشخص الذى يتأثر بهما، عن الدرجة التى يؤثر بها عدم اليقين على قدر المكاسب والتكلفة بالنسبة له. عدم اليقين تندمج مباشرة فى استعداد كل شخص للدفع.

إلا أن، هذه المقاربة تقدم مجموعة معقدة من الافتراضات والتبعات. على وجه الخصوص، تطلب هذه المقاربة منا أن نتخيل أناسًا تعرف، ليس فقط هل يفضلون الناتج "أ" أم "ب"، ولكنها تعرف أيضًا مقدار تفضيلهم أيهم على الآخر. قضية هل لدى الأفراد تقييم متماسك ومستقر لمثل هذه النواتج، أصبحت محل جدل جوهرى ومحل أبحاث ودراسات نقدية. مثل هذا التقييم أصبح ذا أهمية على نحو خاص؛ عندما أصبح "المكسب" فى العائد يعتمد على تغيير فى الاحتمالية، مثل التغير الحادث فى احتمالية الوفاة من مرض معين.

مشكلة الفوائد التى تحدث فى المستقبل تثير قضايا مماثلة. هنا يتركز الجدل على ما يسمى "نسبة الخصم". فى الأسواق المالية، القيمة النسبية للعوائد هذا العام مقابل قيمة العوائد فى العام التالى تترجم فى تعبير معدل الفائدة. مثلاً، نسبة ٧% تفترض أنه فى العام التالى، على المستدين أن يعطى الدائن ١,٠٧ مرات ما قد اقترضه منه اليوم. فى مثل هذه الأسواق، الدولارات فى العام التالى تقل قيمتها عما كانت عليه هذا العام. تتكرر هذه العملية بالنسبة للمكاسب التى تحدث فى المستقبل البعيد. إجراءات حساب نقص القيمة فى مكاسب المستقبل تسمى "عملية الخصم"، ومعدل الفائدة المستخدم فى هذه الحسابات يسمى "معدل الخصم". يسمح هذا المعدل للمحللين أن يقوموا بحساب القيمة الحالية للفوائد المستقبلية، حتى يستطيعوا مقارنتها مع التكاليف الحالية بنفس المعايير المالية (بارسوناج ونويبرجر ١٩٩٢، فولاند وآخرون ٢٠٠١، أولسن ١٩٩٣).

عند تقييم الإصلاح الصحى، هل يجب خصم فوائد المستقبل الصحية؟، ولو كان ذلك، كم هو معدل الخصم؟ يدافع بعض المحللين عن موقف يقولون بما أنها مسألة سياسة اجتماعية، يجب إعطاء المكاسب المستقبلية نفس القيمة التى تستحقها اليوم، حيث إن الخصم يعنى فعليًا تمييزًا ضد المستقبل. يؤمن الآخرون أنه لو لم نستخدم الخصم، فلسوف نواجه عندئذ بما يسمى "تناقض الاستثمار الظاهرى"، كما يشرحه المثال التالي: افترض أننا أخذنا ١٠٠ ألف دولار من إنفاقنا الصحى الحالى، ووضعناها فى البنك. وحيث إن العلم يتقدم دائمًا، نستطيع أن نكسب فائدة على مثل هذا الاستثمار مع الوقت، سوف ينتج عن المئة ألف دولار فوائد صحية فى عشر سنوات أكثر من اليوم. وهكذا، دون خصم، سوف نرجئ كثيرًا جدًا من الإنفاق إلى المستقبل.

من الممكن أن يؤثر معدل الخصم تأثيرًا كبيرًا على الشعبية النسبية للسياسات التى تحقق مكاسب على المدى القصير، مقابل المكاسب على المدى الطويل. بمعدل خصم ٧%، المكسب الذى يتحقق بعد عشر سنوات من الآن تساوى قيمته نصف قيمته اليوم – والمكاسب التى تتحقق بعد أربعين سنة من الآن هى ٦% من قيمتها الحالية الآن. معدلات خصم أقل سوف تعطى قيمة نسبية أعلى للمنافع المستقبلية (على المدى الطويل)، تلك السياسات التى قد تتحقق منافعها على المدى الطويل سوف تكون أكثر تفضيلاً من تلك السياسات التى تحقق منافعها على المدى القصير (كييلر وكريتين ١٩٨٣).

هناك موقفان رئيسيان فى كيفية وضع معدل الخصم. تدافع مدرسة فكرية منهما عن منطق معدل الفوائد المبنى على أساس السوق. هذه المدرسة تقترح استخدام معدلات مماثلة لتلك المعدلات السائدة فى الأسواق المالية الداخلية، أو معدلات العوائد التى يكسبها رجال أعمال القطاع الخاص. فهم يدافعون عن أن معدلات الخصم فى الأسواق تعكس الفرص الفعلية المفتوحة أمام المستثمرين – ومن هنا، تكلفة فرصة سحب موارد من القطاع الخاص، وإنفاقها فى القطاع العام (مارجلين ١٩٦٧).

يؤمن محللون آخرون أن أسواق رأس مال القطاع الخاص لا تؤدى وظيفتها جيدًا وأن على المجتمع إصدار أحكام، مستقلة عن هذه الأسواق، حول قيمة المكاسب التى تحدث فى أوقات مختلفة. إنهم يدافعون عن موقف استخدام "معدلات خصم اجتماعية" تقوم على هذا التقييم المنفصل، (وهو ما يمثل أكثر من موقف نفعى وضعى). وسواء استخدمنا معدل خصم سوقى أو اجتماعى؛ فذلك يمكنه أن ينتج أثرا كبيرًا على وضع الأولويات، حيث إن بعض السياسات (مثلاً، التطعيم ضد الالتهاب الكبدى الوبائى "ب") تتحقق نتائجها فى المستقبل البعيد. مثل هذه السياسات تبدو أقل جاذبية كثيرًا (مقارنة– قل مثلاً– بالمكاسب الفورية من التطعيم ضد الأنفلونزا) عند استخدام معدل خصم عالى.

المشكلة الأخيرة بالنسبة للقائم على الإصلاح الصحى الذى يرى جدارة فى المقاربة النفعية، هو الاندفاع الأهوج الواضح فى موقف الالتزام بتحقيق أوسع مكاسب من الموارد المتاحة – بغض النظر عن العدالة أو الإنصاف فى النتائج. والعواقب السلبية لجماعات نوعية، أو أفراد مخصوصين من الممكن قبولها، طالما كانت النتائج الكلية طيبة لحاصل جمع الأفراد والمجموعات. يستطيع صناع السياسة النفعيون إسقاط المريض الذى يتكلف إنقاذه كثيرًا، ويمكنهم التضحية بالفئة القليلة لمصلحة الكثيرين. وبإتباع منطق النفعيين، الركاب الذين يصارعون من أجل البقاء على قارب النجاة، يمكنهم قتل فئة قليلة من زملائهم، وتناولهم كطعام، بشرط أن تتجاوز المكاسب الخسائر. العديد من القائمين على الإصلاح – ونحن ضمنهم – نجد معارضة جدية لافتقاد التركيز على قضية الإنصاف هذه؛ وهو خاطر يؤدى إلى مقاربة مختلفة لتقرير أولويات الإصلاح الصحى.

النظرية الأخلاقية رقم ٢: الليبرالية

بلغة الفلسفة، النفعيون مستعدون لمعاملة بعض الأشخاص بوصفهم وسائل، والآخرون بوصفهم غايات – أى التضحية بالبعض من أجل مصلحة الآخرين. ولكن بالنسبة لكثيرين من القائمين بعملية الإصلاح، هذا التوجه لا يتبنى بما يكفى مصالح هؤلاء الذين تمت التضحية بهم بقدر خطير. ألا يمتلك هؤلاء الأشخاص حقوقًا وهل هم لا يتمتعون بنفس الاحترام الواجب، الذى نمنحه لهؤلاء الذين نوفر لهم الشفاء؟، لو كنا سنأخذ مثل هذه الأفكار بالجدية الواجبة، كيف سنضع أساسها الفلسفى، وما هى التبعات اللازمة على عملية إصلاح القطاع الصحي؟.

الفيلسوف الأكثر نفوذًا المرتبط بمفاهيم الاحترام والاستقلال الذاتى للأفراد هو الفيلسوف الألمانى ايمانويل كنط، الذى عاش فى القرن الثامن عشر. طبقًا لمفاهيم كنط، كل البشر يمتلكون القدرة على "التصرف الأخلاقى" (كنط ١٧٨٨)،

ويمتلكون سلطة معرفة ما هو صحيح أخلاقيًا، وتقرير إتباع ما تمليه النوازع الأخلاقية من تصرفات أم لا. أتباع كنط المحدثون يتخذون موقف يقول: حيث إن البشر لديهم القدرة على تطوير وتنفيذ قراراتهم الخاصة حول طريقتهم فى الحياة – ما يسميه الفلاسفة "رسم خطط الحياة" – فلديهم الحق فى فعل ذلك. ولأن تلك الحقوق مشتقة من وضع كل شخص بوصفه بشر؛ لذلك فهى حقوق عامة شاملة، تلتزم كل الأنظمة السياسية بإجلالها وتكريمها (أونيل ١٩٨٩). هذا الرأى، المؤسس على الاحترام المتبادل، يعارض مباشرة استعداد النفعيين لمعاملة بعض الناس بوصفهم وسيلة. النسل الفلسفى لمقاربة كنط، الذين يسمون اليوم باسم "الليبراليون"، قاموا بتطوير حجج عن الطريقة التى يجب أن تعمل بها الدولة، والطريقة التى يتم من خلالها تقرير السياسات (راولز ١٩٧١).

المفهوم النقدى عند الليبراليين هو "الحقوق" – الادعاء بأن كل الأفراد يستطيعون الاعتماد على بعضهم البعض بفضل إنسانيتهم. الحقوق المفروضة بواسطة مبدأ الاحترام المتبادل يفسرها الليبراليون بطريقتين مختلفتين. يؤمن "التحرريون" أن "الحقوق السلبية" فقط هى التى تستحق الحماية (نوزيك ١٩٧٤). هذه الحقوق تضمن الحرية الفردية، حتى يستطيع الناس فعل ما يريدونه دون تدخل الدولة فى اختيارهم الشخصى. امتد هذا الموقف إلى ميدان السياسة، وأدت هذه الصيغة إلى حقوق سياسية ومدنية جوهرية، مثل: حرية الكلام، والاجتماع، والمشاركة السياسية. يريد التحرريون للدولة دورًا محدودًا فقط فى حماية حقوق الملكية الفردية والحرية الشخصية. إنهم يعارضون نمطيًا القيود المفروضة على استخدام الدواء، والقيود على الإجهاض، بل وحتى على ترخيص الأطباء، حيث إن كل هذه الإجراءات تقيد الحرية الفردية فى الاختيار.

وعلى النقيض، "التحرريون ذوى نزعة المساواة" يدافعون عن موقف ينادى بأن الحق فى الاختيار لا معنى له دون وجود موارد كافية. هم يدافعون عن أن

احترام الآخرين بشكل متفرد- بوصفهم لاعبون أخلاقيون- يتطلب منا توفير الشروط المسبقة لهم التى تجعل من الممكن لهم أن يختاروا اختيارًا شخصيا له معناه. لذلك، كل فرد لديه "حقوقًا إيجابية" فى الحد الأدنى من الخدمات والموارد المطلوبة لضمان مساواة عادلة فى الفرص (دانيلز ١٩٨٥). الشخص الذى يتضور جوعًا، شريدًا بلا مأوى، غير متعلم، مريضًا، شخص لا يمتلك فرصة فى أن يختار اختيارًا شخصيًا له معناه. السؤال هو، ما الذى يتطلبه مبدأ الاحترام المتبادل من الدولة لتوفره حتى نضمن الحقوق الإيجابية للأفراد؟ وعلى وجه الخصوص، هل هناك حقًّا فى الرعاية الصحية أم حقًّا فى الصحة نفسها؟ لهذا السؤال تبعات هامة بالنسبة للقائمين على عملية الإصلاح الصحى.

مواقف المنادين بالحقوق الإيجابية تؤدى عمومًا إلى منظور يدعو لإعادة التوزيع مع تفضيل هؤلاء الناس الذين يعيشون حياة أكثر سوءًا. أى، يجب على النظام الصحى وضع أولوية لتفادى الوفيات والإعاقات السابقة على الأوان مقابل مد أعمار كبار السن، الذين قد تمتعوا توًا بفرصة تطوير، وتنفيذ خطط الحياة. نادى جون راولز (١٩٧١) بهذا المنظور "العدالة كإنصاف".

الليبراليون المنادين بالمساواة، لا يتفقون بين أنفسهم حول ما هى بالضبط طريقة تناول الحقوق الإيجابية فى نظم الرعاية الصحية. البعض يشدد على أن أحسن طريقة لاحترام القدرة الأخلاقية لكل شخص هى إعادة توزيع الدخل بشكل منصف، وترك الأفراد يشترون الرعاية الصحية (أو التأمين الصحى) التى يريدونها (داوركين ١٩٩٣). بالنسبة لهؤلاء الليبراليين، لا تختلف الصحة عن أى بضاعة أو خدمات أخرى الناس أحرار فى شرائها، مثل: الطعام والملبس. إنهم يؤمنون بأنه لا توجد هناك أى حقوق خاصة فى الصحة، أو الرعاية الصحية.

عدد آخر من الليبراليين المنادين بالمساواة يعتقدون أن على المجتمع التزامًا خاصة نحو الصحة (دانيلز ١٩٨٥). ولكن هنا يوجد انقساما مرة أخرى. البعض

يعتقد أن الحل هو تقديم حد أدنى من "الرعاية الصحية" للجميع. بينما الآخرون يعتقدون أن القضية الحرجة هى "الوضع الصحى" الفعلى للأفراد. بكلمات أخرى، لو امتلك المواطنون حقوقًا صحية، هل يجب أن نحكم على درجة الوفاء بهذه الحقوق بواسطة عدد العيادات أم بالحكم على متوسط معدل البقاء على قيد الحياة عند الميلاد للمواطنين؟، النظرة الأخيرة ترى لو أن المجتمع يقدم لكل شخص مدى معين من الفرص، ففرصة الوصول إلى الرعاية الصحية وحدها ليست كافية. منظور الحقوق الإيجابية يجعل من الحكومات مسئولة عن حد أدنى لنوعية وكمية الحياة بالنسبة للجميع، ومسئولة عن تقديم الرعاية الصحية المطلوبة لضمان هذا الحد الأدنى.

الخلاف حول وجوب مسئولية الحكومة عن مستوى معين من الحالة الصحية، أو عن حق الوصول إلى الرعاية الصحية، هذا الخلاف له تبعات هامة على العلاقة بين الدولة والأفراد. كثير من المتاعب الصحية اليوم تعتمد على سلوك الفرد الخاص. التدخين، نوعية الغذاء، وإساءة استعمال المواد (المخدرات والمنشطات)، وممارسة الرياضة، والتعرض للمخاطر المتنوعة، كل ذلك له عواقب صحية ذات وزن. القول بأن الحكومات مسئولة عن صحة كل فرد، معناه أن المجتمع مسئول عن التأثير على الاختيارات الفردية فى مثل هذه الأحوال.

من الناحية الأخرى، لو أن المجتمع هو مسئول فقط عن تقديم الخدمة، وليس عن استخدام الناس لها، إذًا فعلى الأفراد مسئولية أعظم عن صحتهم نفسها. ساعتئذ، تصبح الحالة الصحية هى نتيجة لاختيار الفرد، وليس حقًا موروثًا. ينسجم هذا المنظور مع مبدأ امارتيا صن القائل بأن على المجتمع أن يكون مسئولاً عن خلق فرص (وهو يسميها "إمكانيات محتملة") يستطيع المواطنون أن يختاروا من بينها، وليس بالنسبة للاختيارات التى يختارها الأفراد (صن ١٩٩٩).

التأكيد على الحق فى الصحة ما زال يترك اسئلة تحتاج إلى إجابات. لو أن الأفراد يمتلكون حقًا فى حد أدنى فى الحالة الصحية، ما هو الحد الأدنى الذى تكون عليه حالتهم الصحية؟، هل هناك حدود لالتزام المجتمع نحو الناس الذين يعانوا من مرض شديد، يتطلب خدمات عالية التكلفة؛ لتحسين حالتهم الصحية، ولو حتى تحسينًا طفيفًا؟ فوق كل ذلك، موارد المجتمع محدودة، والأموال التى يتطلبها تقديم هذه الخدمات تأتى من مواطنين آخرين، بطرق تجعل الفرص المطروحة أمامهم تتضاءل. أكثر من ذلك، ما هى الرعاية التى يجب تقديمها للناس لو أن متاعبهم الصحية تنتج بسبب سلوكهم الفردى نفسه؟. فى الممارسة العملية، أى مجتمع ملتزم بأهداف المساواة فى عملية إصلاح القطاع الصحى. سوف يتوجب عليه اكتشاف إجابات قابلة للحياة سياسيًا واقتصاديًا على هذه الأسئلة. وتلك الإجابات سوف تعتمد، جزئيًا، على مستوى التطور الاقتصادى للأمة.

الليبرالية وتمويل الرعاية الصحية

عند تقرير قدر الإنفاق على الصحة (أو الرعاية الصحية)، القضية الحرجة عند الليبراليين هى شرعية فرض الضرائب. بالنسبة للتحرريين، الحق السلبى فى أن تظل بمفردك، يتضمن الحق فى التمتع بممتلكاتك كفرد. بالنسبة لهم، لذلك، الضرائب سرقة. قد يوافقون على ضرائب محدودة لتوفير أدنى حد من خدمات الدولة مثل خدمات الدفاع والشرطة، ولكن فرض ضرائب من أجل إعادة توزيع الموارد فهى أمر غير شرعى من الأصل، لأنها تجعل من أحد الأشخاص (دافع الضرائب) وسيلة لتحقيق هدف شخص آخر (المنتفع بالخدمة).

الليبراليون المنادون بالمساواة، من ناحية أخرى، يوافقون جزئيًا على الضرائب بهدف إعادة التوزيع لأنهم يؤمنون أن كثيرًا من نظم توزيع الثروة فى المجتمع قد نشأت بطرق لا تستحق أن تحترم. اكتسب الأرستقراطيون ثروتهم من

خلال القوة والغزو. تكونت الثروات من خلال الاحتكار والتدليس. بعض الأفراد اكتسبوا دخولاً عالية بسبب تعليمهم المتفوق أو الصلات العائلية لحظوظهم السعيدة فى أنهم أبناء فئات اجتماعية ذات امتيازات.

هذه المغانم هى نتيجة "اليانصيب الاجتماعى"، حيث إن الناس المتمتعين بمثل هذه الامتيازات، طبقاً لأفكار الليبراليين ذوى نزعة المساواة، لم يفعلوا شيئاً يستحقون بسببه هذه المغانم (راولز ١٩٧١، راولز ١٩٩٩). فالمكاسب التى يحققونها يمكن شرعًا فرض الضرائب عليها لمساعدة الفقراء. حقوق الملكية لا تنتهك بواسطة فرض الضرائب على تلك المغانم المتنوعة المكتسبة بطرق غير شرعية، لأن هذه المغانم نفسها لم تحدث بطرق سليمة.

حتى اختلاف المكافآت نتيجة لاختلاف المواهب الذاتية ليست شرعية، حيث إنه لا أحد يستحق التميز البيولوجى الخاص نتيجة لمجهوده. مكاسب هذه الميزات ليست نتيجة مجهود أفراد. اختلاف الدخول نتيجة هذا "اليانصيب البيولوجى"، مثل الاختلافات نتيجة "اليانصيب الاجتماعى"، تستطيع الدولة وضع يدها عليها بهدف إعادة التوزيع.

فى سياق الإصلاح الصحى، كما نناقش فى الفصل الخامس والثامن، يتخذ الليبراليون ذوى نزعة المساواة موقفاً ينادى بأنه من الأفضل تمويل خدمات الرعاية الصحية بضرائب تهدف لإعادة التوزيع. وهكذا، ضرائب الدخل الشاملة أفضل من الضرائب على الأجور، خصوصًا وأن النوع الأخير يستثنى الدخل من الاستثمار. بالنسبة لأفكار الليبراليين ذوى نزعة المساواة، الدخل من الاستثمار هو عمومًا دخل لا يعتمد على المجهود، ومن هنا فإن هذه الدخول مصدر سليم يمثل وعاء لتمويل إعادة التوزيع. العديد من الليبراليون ذوى نزعة المساواة – ومنهم مؤلفى الكتاب – يرون فى النظام الصحى فى الولايات المتحدة بوصفه محل معارضة على نحو خاص على أرضية مقارنته بالنظم الصحية فى البلاد الصناعية

الأخرى. تمول الولايات المتحدة معظم الرعاية الصحية من خلال نظم تأمينية قطاع خاص قائمة على أساس الاشتراكات، حيث التكلفة واحدة للجميع، بغض النظر عن تباينات دخولهم. نتيجة لذلك، استهلاك خدمات الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة، مثل استهلاك البضائع الاستهلاكية الغالية، كالزوارق البحرية، تعكس قدرة الفرد على الدفع (الشراء): الأغنياء يملكون زوارق فارهه، والطبقة المتوسطة تمتلك زوارق متواضعة، ولكن الفقراء يقومون بالسباحة (أو يغرقون). ونفس الشيء صحيح عندما يأتى الأمر إلى الرعاية الصحية. معظم الناس الذين لا يغطيهم التأمين ينتمون إلى العائلات متدنية الدخل.

أى ادعاء حول "عدم العدالة" فى توزيع الثروة، أو الرعاية الصحية فى مجتمع هو على الأرجح- جذريًا، يقوم على أساس أخلاقيّات ليبرالية ذات نزعة مساواة. مثلاً، فى أكثر البلاد فقرًا، الإنفاق الصحى فى المناطق الريفية هو أقل منه فى المناطق الحضرية بدرجة واضحة، ومعدل البقاء على قيد الحياة عند الميلاد أقل. هل يجب أن تكون هذه المشكلة بؤرة تركيز للإصلاح الصحى؟، تعتمد الإجابة على قيم هؤلاء الذين يجيبون على السؤال. من المحتمل أن الليبراليين ذوى نزعة المساواة سوف يجعلون تصحيح مثل هذا الإجحاف أولوية عالية. ولسوف يدافعون عن فكرة رفع الحد الأسفل من التوزيع لضمان أن كل فرد لديه حد أدنى ما من الفرص. من الناحية الأخرى، النفعيون الوضعيون الذين يستهدفون تعظيم الحالة الصحية إلى الحد الأقصى، سوف يرغبون فى معرفة العلاقة بين التكلفة والفاعلية لمختلف التدخلات فى المناطق الريفية مقابل المناطق الحضرية، ولسوف يتخذون قرارًا مؤسس على موضع أكبر تأثير يمكن تحقيقه. (سوف نعود إلى الاتجاهات نحو الإنصاف، من منظور عدة مدارس فلسفية، بتفاصيل أكثر فى الفصل الخامس).

ورغم الخلافات العميقة، هناك بعض أوجه التماثل الرئيسية بين الليبرالية والمذهب النفعى. كلاً المذهبين مذهبان شاملان؛ فهما يبحثان عن تطوير معيار أخلاقى وحيد بالنسبة لكل المجتمعات الإنسانية. إضافة إلى ذلك، فهما يركزان على الفرد – حول الرفاهة "الفردية" والحقوق "الفردية". لذلك، كلا المنظورين يخضعان للنقد بسبب تجاهلهما الطبيعة الاجتماعية للحياة الإنسانية (سانديل ١٩٨٢). نقاد الليبرالية يحتجون بأن قيم مجتمعية هامة تتجاهلها رؤيتها المحصورة فى الفرد. النفعية تقع فى الخطأ لأنها تفرض أنك لا تستطيع تفضيل عائلتك نفسها ولا أصدقاؤك ولا أبناء منطقتك عن الغريب، إذا ما كانت مساعدة الغريب سوف ستعطى نفعًا أكبر (ويليامز ١٩٧٣). وبالمثل، مقاربات النفعية لتحسين الحالة الصحية لا تستطيع أن تتصادم مع أفكار المجتمع حول المسلك الأخلاقى. انظر مثلاً فى الجدل والنقاش المحتدم فى الولايات المتحدة حول توزيع سن إبر نظيفة على متعاطيى المخدرات أو وسائل منع الحمل على طلبة المدارس الثانوية (موس ٢٠٠٠). هذه الانتقادات تنبع من زاوية نظر أخلاقية لا تقوم على أساس الرفاهة أو الحقوق، ولكنها تركز بدلاً من ذلك على مغازلة الفضيلة وتماسك المجتمع، وهو ما يؤدى إلى الشريحة التالية من المواقف.

النظرية الأخلاقية رقم ٣: المذهب المجتمعي

المقاربة الثالثة الكبرى فى النظرية الأخلاقية التى نريد مراجعتها تنادى بأن المهم فى الحكم على السياسات العامة؛ هو نوع الشخص التى يسعى عمل الحكومة لخلقه. هذا المنظور تنصب بؤرة اهتمامه على المجتمع، ويسمى لذلك المذهب المجتمعى. هذه النظرية تنادى بأن شخصية المجتمع تعتمد على شخصية الأفراد الذى يتشكل منهم. لذلك، يجب على الدولة أن تضمن تطوير الأفراد لشخصية جيدة ومساعدتهم لإيجاد مجتمع جيد.

وبالضبط كما فحصنا نوعى المذهب النفعى (الذاتى والوضعى)، ونوعى المذهب الليبرالى (التحرريون، وذوى ونزعة المساواة)، فنحن نميز بين نوعين فى المذهب المجتمعى. الأول يمثل أنصار المذهب المجتمعى الشامل، الذين يعتقدون بوجود نموذج وحيد شامل لكل الأفراد الطيبين والمجتمع الطيب. وهناك أمثلة عديدة على ذلك، علمانية وأيضا دينية. أديان التوحيد العالمية (الإسلام والمسيحية) هى أشكال من المجتمعية الشاملة، وهكذا أيضًا مواقف نشطاء البيئة والتوازن البيئى الذين يريدون تحويل علاقة الإنسان بالطبيعة؛ وهو الأمر أيضًا مع البعض فى الحركة النسوية، الذين يريدون خلق مجتمع بعلاقة مختلفة بين الرجل والمرأه. ونفس الشىء نستطيع قوله عن الماويين الثوريين. وكما تظهر هذه الأمثلة، المواقف الأخلاقية الملموسة الذى يحتويها هذا المذهب تحت عنوان واحد إلا أنها مواقف متباينة تمامًا – أكثر بكثير من الاختلافات داخل أى من المعسكر الليبرالى أو النفعى.

أحد نقاط الرؤى المجتمعية ذات العلاقة الوثيقة برجال الإصلاح الصحى فى شرق آسيا، هو المذهب المعروف باسم الكونفشيوسية. هذا المنظور، الذى خرج من كتابات كونفشيوس (٥٥١-٤٧٩ ق.م) وكتابات أتباعه، يصف روشته للطريقة التى يجب أن يتصرف بها الناس، كلاً كأفراد وكمجموع، من خلال "العلاقات الخمس". تبدأ العلاقات الإنسانية فى العائلة وتمتد إلى الدولة، لتقدم اتصالاً كونفوشيوسيًا واضحا بين هذين الميدانين من ميادين الجماعة. لب النص الكونفشيوسى، المعروف بشكل جموعى باسم "الكتب الأربع"، يقدم رؤية شاملة عالمية للإنسانية، تقوم على أساس التأمل الذاتى الداخلى فى واجبات الفرد وحقوقه، وحول فهم تفاعلات المرء الإنسانية داخل جماعات معينة (بلوم ١٩٩٦).

مواقف كونفشيوس حول الواجب والمسئولية، وحول الوفاء بالأدوار الاجتماعية تماثل مواقف الفيلسوف الإغريقى أفلاطون فى كتابه المشهور (الجمهورية) ولكن فى وجود اختلافات هامة. يرى أفلاطون العائلة بوصفها تشتيت

من نوع خاص جدًا عن الالتزامات الاجتماعية للمواطنة. كونفشيوس- من ناحية أخرى- يعتبر العائلة بوصفها النموذج الأساسى للتفاعل الإنسانى، بالنسبة للحاكم والرعية، وبالنسبة للأمور العامة، والأمور الخاصة (بلوم ١٩٩٦، ١٣٤). تستمر الأخلاقيات الكونفشيوسية فى ممارسة نفوذها على القيم الفردية والاجتماعية فى العديد من البلدان. مثلاً، استعداد حكومة سنغافورة فى استخدام سلطة الدولة للمحافظة على النظام وتثبيت الفضائل الفردية يعبر بالضبط عن هذا المنظور (بل ١٩٩٧، وونج ١٩٩٦، كواه ١٩٩٠).

النوع الثانى من النزعة المجتمعية خضعت تاريخيًا بشدة لنفوذ علم الأجناس (الانثروبولوجى)، وعمل الرواد الأوائل فى القرن العشرين فى هذا الحقل، مثل بواس وميد (بواس ١٩٣٢، ميد ١٩٦٤). هذا المنظور يدرك التنوع الواسع للممارسات الثقافية فى العالم، والمدى الذى ينزرع فيه الأفراد فى هذه الثقافات. هذا الشكل من النزعة المجتمعية النسبية يشدد على أن كل مجتمع يقرر ويجب أن يقرر عاداته وأعرافه الخاصة ونمط التنظيم الاجتماعى. ترى هذه المجتمعات الأخلاقيات باعتبارها سياق موروث، لا يوجد لها مكان عام خارج المجتمع ليحاكم التقاليد الثقافية المعينة.

بعض الممارسات، مثل بتر أجزاء من الجهاز التناسلى للأنثى، يفرض بشكل حاد سؤال قبول عادات المجتمع المحلى، والأشياء المتعارف عليها بينهم (اوبرماير ١٩٩٩). بعض أنصار النزعة المجتمعية النسبية يدعم هذه الممارسة، منادين بأنه يجب احترامها من الذين هم خارج هذا المجتمع، وذلك لأن لهذه العادات معنى عميق عند الناس المنتمين لهذه الثقافة، وتشكل جزءًا مكملاً لحياتهم. يعارض النفعيون الوضعيون هذه الممارسة على أرضية أنها تسبب الأذى لصحة المرأة. يعتبر الليبراليون أن هذه الممارسة محل معارضة، لأنها مفروضة على الفتيات فى سنين عمرهن المبكرة دون أخذ موافقتهن عليها، وتقلل من فرصهن فى الحياة على المدى الطويل.

هؤلاء الذين يعتقدون أن على لكل مجتمع تحديد أعرافه وعاداته الخاصة، يجب أن يقرروا حدود لهذا المجتمع، وحدود لممثلى هذا المجتمع. قد أكدت العديد من الأقليات العرقية والدينية الحق فى الابتعاد عن أعراف وعادات المجتمع الأكبر، والحق فى خلق مجتمعاتهم هم الخاصة. كيف يمكن تسوية هذه الاختلافات؟ هل تستطيع الأغلبية الكاثوليكية فى أمريكا اللاتينية أن تفرض بشكل مشروع آراءهم حول الطلاق والإجهاض على كل المواطنين، بناءً على تفسيرهم لقيم مجتمعهم هم؟ ما هى الحقوق التى تمتلكها الأقليات الدينية فى إسرائيل أو الهند أو إيران، لو إن ممارساتهم تتضرر منها الأغلبية؟، افترض أناسا من نفس النوع يريدون الزواج أو تبنى أطفالاً فى بلد حيث الأغلبية تفترض أن ذلك عمل غير أخلاقي؟. حتى عشرين سنة مضت، كانت النساء فى سويسرا لا يستطعن التصويت فى الانتخابات، ودافع السويسريون عن هذا التضييق بوصف ذلك ممارسة لتقاليد موروثة عندهم. إذاً من يقرر أن مجتمع ما شرعى؟، وكم قدر القسر الذى يستطيع هذا المجتمع استخدامه فى الترويج ونشر قيمه وضمان الانصياع لها؟ تلك أسئلة حرجة تواجه هذا المذهب- إذا ما كان للمذهب المجتمعى النسبى أن يكون دليلاً لقرارات إصلاح القطاع الصحى.

تظهر مواقف النزعة المجتمعية فى عملية الإصلاح الصحى بعدة طرق. بالنسبة للبعض من هؤلاء فى مجال الصحة العامة، أن تحيا حياة صحية سليمة فهذه قضية الفضيلة، وليست مجرد طريقة لتحسين الوضع الصحى. مثلاً، بعض أنصار الصحة العامة يرون التبغ، أو حقن المخدرات تستخدم كشكل من أشكال السلوك المدمر للذات، وليس مجرد سلوك غير صحى. أنصار هذه النظرة لا تغريهم حقيقة أن بعض الأشخاص يفضلون متعة التبغ، أو يرفضون متعة ممارستها – رغم العواقب الصحية. هذه الاختيارات سوف يقبلها النفعيون الذاتيون (يبحث المدخنون عن السعادة) أو بالنسبة لأنصار المذهب الليبرالى (للمدخنين حقوق)، ولكنها محل معارضة أنصار الصحة العامة المجتمعين (حيث إنهم لا يتبعون النوع الصحيح من الحياة).

وربما يمتلك المجتمعيون أراءً قوية حول خدمات رعاية صحية بعينيا. فى العديد من البلدان حيث، يعارض المحافظون المتدينون توفر خدمات الإجهاض أو تنظيم الأسرة، على خلفية أرضية اجتماعية. فى بعض البلدان (مثل اليابان)، ممارسة تعريف الوفاة بتوقف حركة القلب تقيد عدد الأعضاء المتاحة للزرع من المتبرعين (كيمورا ١٩٩٨). أنصار الصحة العامة، الذين يتخذون مواقف بناءً على أرضية المذهب النفعى، هل يسعون لتغيير مثل أعراف المجتمع هذه. بعض البلدان (مثل النمسا) يفترضون أن هؤلاء الذين يموتون هم بنك أعضاء، إذا لم تعارض عائلاتهم ذلك علناً، وهى ممارسة لها فوائد صحية ولكنها تشكل أيضا بعض مشاكل بالنسبة لأنصار الليبرالية (كينيدى وآخرون ١٩٩٨، فيتاك وبيت ١٩٩٥). هل يجب أن تسير البلدان الأخرى فى نفس الطريق، حتى ولو أن ذلك يتصادم مع التقاليد المحلية؟، الأسئلة المثارة حول ممارسات الطب التقليدى تثير نفس القضايا. فلو أن أحد المؤمنين الاتقياء زار مطبب دينى يسعى لطرد الأرواح الشريرة كعلاج لمشكلة طبية، هل يجب على المطبب إن يخضع للوائح تنظيم المهنة التى تضعها الأمة للممارسة الطبية؟. بإعطاء هذه الأمثلة نحن نسعى لتصوير كيف أن استخدام الأعراف الاجتماعية لتحديد أجندة للإصلاح الصحى غالبًا ما تثير نزاعات حول القيم الأخرى. ولأن هذه القضايا على درجة كبيرة من الأهمية، نحن نعتقد أنها تستحق عناية خاصة فى عملية وضع الأولويات للإصلاح الصحى، ولذلك نناقش هذه القضايا مرة أخرى فى الفصل الخامس.

أكد هذا الفصل على بعد الأعراف الاجتماعية المتوارثة فى الإصلاح الصحى، وتساءل عن الطريقة التى يجب أن يقرر بها المجتمع ما الذى يريد تحقيقه فى الإصلاح الصحى. يمكن للتحليل الأخلاقى مساعدة القائمين على الإصلاح الصحى بهذه العملية، عن طريق تسليط الضوء على ما هو مفترض، وما هو مطبق فى المواقف الاجتماعية المتنوعة، وعلاقة ذلك بمنظور الرؤى المختلفة من زاوية النتائج المترتبة، وزاوية الحقوق.

مشكلة المبررات

ربما يسأل القائم على الإصلاح الصحى نفسه عن حق، فى مواجهته لهذه المواقف الأخلاقية الأساسية الثلاث، أيهم هو الصحيح؟. ما هى الحجج المتاحة لاختيار رؤية أخلاقية واحدة والتغاضى عن أخرى؟ مثل هذه الأسئلة التى حول تبرير موقف عن آخر تقع فى ميدان ما فوق الأخلاقيات، أو الأسئلة حول طبيعة الأخلاقيات نفسها.

هناك مقاربات متنوعة عندما يصل الأمر إلى مشكلة تبرير موقف أخلاقى. العقيدة الدينية هى أحد هذه المقاربات. المقاربة الأخرى هى أن الإنسان يمتلك خبرة خاصة فى الإحساس بما هو أخلاقى، لذا فالحقيقة الأخلاقية تتبدى أمامنا من خلال مشاعرنا أو حدسنا. مقاربة ثالثة تتمسك بأن المنطق أو العقل يستطيع إملاء محتوى الأخلاق (هارمان ١٩٧٧). الموقف المعاصر الأكثر ذيوعًا هو الواقعية الأخلاقية (بوتنام ١٩٩٠). هذا هو موقف ينادى بأن الأخلاقيات يمكن تعلمها من خبراتنا، عندما نفهمها ونمارسها بشكل سليم. يؤمن الأخلاقيون الواقعيون أن الحقيقة الأخلاقية تتواجد ويمكن اكتشافها، وأن الحقائق الأخلاقية يمكن تعلمها عن طريق فهم الطبيعة البشرية، وعن طريق تحليل الاحتياجات الإنسانية، وعن طريق تقييم متطلبات الحياة الاجتماعية.

المفكرون المعاصرون الآخرون (مدرسة ما بعد الحداثة) يتخذون موقف يقول إن الأخلاقيات ليست مبررة بأى طريقة أصولية (ليوتارد). بدلاً من ذلك، يقول مفكرو ما بعد الحداثة، الأخلاقيات يتم خلقها، مثل الفن أو الشعر. معايير الحكم على المواقف الأخلاقية تقوم على أساس قواعد داخل المشروع نفسه، مثل أعراف الشكل التى تحكم تقاليد الفن التشكيلى. ولكن هذه القواعد لا يمكن اشتقاقها من مبادئ أصلية أكثر. فهى لا تملك ولا تستطيع إن تملك مبررات أكثر عمقًا. الكلمات التى يستخدمها البشر لوصف مفاهيم مثل "العدالة"، و"الرفاهة"، أو "التقاليد" هى فقط كذلك – الكلمات

– رموز للتعبير عن الأفكار التى يخترعها البشر، بالضبط مثل المعمار القوطى والموسيقى الريفية فقد اخترعهم البشر (جونسون ١٩٩٣).

ما زال يجب على القائم بالإصلاح الصحى من مدرسة ما بعد الحداثة أن ينشغل ويغرق فى مشاكل اتخاذ قرارات أخلاقية، فلو لم يكن هناك مبررات أصولية، إذًا فهل كل الآراء الأخلاقية، وكل مسارات العمل سوف تكون حتمية بشكل متساوي؟. ريتشارد رورتى (١٩٨٩)، أستاذ ما بعد الحداثة البارز، يتخذ موقفًا ينادى بأن الأحكام الأخلاقية هى أمر ممكن، حتى رغم عدم كونها مبررة بأسلوب أصولى. حيث إننا ليس لدينا خيار، ولكننا نملك منظور رؤية، هذا ما يقوله. مثلاً، رورتى ما زال يبحث عن نشر والترويج لحركة من أجل حقوق الإنسان، حتى رغم أنه لا يستطيع البرهان على أن هذا الموقف الأخلاقى صحيح بالرجوع إلى قانون أعلى أو مبدأ أساسى. بدلاً من ذلك، رورتى (١٩٩٣) يدفع بنسخة معاصرة من مذهب البراجماتية، الذى دفعه جون ديوى (١٩٢٩). يقترح رورتى القبول بالآراء الأخلاقية التى تعمل لجعل العالم مكانًا أفضل. بأحسن طريقة نعرفها اختيار رورتى الشخصى هو شكل من الليبرالية ذات نزعة المساواة، فهو يبحث عن قبول أوسع لهذا المنظور الأخلاقى عن طريق وسائل الشعر أو النبوة، حيث إنه يدرك أن الجدل العقلانى وحده لن يكون كافيًا.

تطوير موقف أخلاقي

قدمنا هذه النظريات الأخلاقية كما لو أنها كيانات مغلقة بشكل متبادل – كما فعل العديد من الفلاسفة قبلنا. ولكن مثل هذه المقاربة النقية لا تنسجم مع الطريقة التى يرى بها الكثير من القائمين بالإصلاح الصحى مهماتهم والطريقة التى يؤدون بها عملهم. لمساعدة عملية الإصلاح الصحى. نعتقد أن النظريات المتنوعة يمكن رؤيتها بشكل أفضل، كتجسيد مكمل، أكثر من كونها رؤى منافسة. أخذ هذه

الاحتمالية بشكل جدى يساعد فى تفسير سبب أن العديد من الأفراد يجدونها أكثر جاذبية فاتباع موقف مختلط مستمد من أكثر من منظور أخلاقى أحد من المذاهب التى قدمناها الآن.

كيف يستطيع القائم على الإصلاح الصحى الذى يتحلى بالجدية أن يقوم بتطوير موقف أخلاقى ملائم للسياسة العامة، إلا أنه فى نفس الوقت يتوافق مع القيم الشخصية؟ أحد المقاربات هى أن يعمل بشكل يستشرف المستقبل، وبشكل ينظر إلى الماضى فى نفس الوقت – أى يستطيع المرء أن يبدأ بنظرية جذابة ويستكشف تبعاتها مع الممارسة. ويستطيع المرء أن يفعل العكس: يبدأ مستوحيًا الممارسات المرغوبة عائدًا إلى الموقف الأخلاقى الذى يدعم موقف هذه السياسات. عندما تتصادم الافتراضات النظرية والإيحاءات السياسية، كما يحدث دائمًا، تصبح المهمة إذًا هى ضبط كل منهما أو أى منهما. بهذه الطريقة، كلاً من الإيحاءات النوعية، والأفكار النظرية الأكثر عمومية يمكننا تعديلهم بشكل ناجح فى مسعانا نحو الانسجام الداخلى. الذى يسميه الفلاسفة التوازن الانعكاسى (راولز ١٩٧١).

العملية التكرارية تستطيع كشف حدود موقف نظرى معين. مثلاً، أحد الأفراد الملتزم برؤية نفعية وضعية لتعظيم الصحة قد يكتشف أنه سوف يقيد مستوى الإرغام المستخدم للوصول إلى الهدف. ربما تنبع هذه القيود من جاذبية بصيرته ذات الأفكار الليبرالية من جوانب متبادلة. بعد بعض التأمل الذاتى، وتقصى بعض حالات متنوعة، قد يصل إلى موقف مزيج يمكن تسميته "نفعية مقيدة بالحقوق".

يقوم توجهنا نحو المواقف الأخلاقية المزيج على رؤيتنا للنظرية الأخلاقية بشكل أكثر عمومية. نحن فعليًا مدركين للشروط المبسطة التى تناقش فيها القضايا الأخلاقية بشكل معتاد فى الجدل حول السياسات العامة. الكلمات المستخدمة فى معظم الجدل حول الإصلاح الصحى – كلمات مثل "حقوق"، أو "رفاهة"، أو "مجتمعى" أو "صحة" نفسها – تضع خريطة بشكل غير متقن النسيج المعقد للمشاكل

الفعلية. مثل صورة نفس المنظر الطبيعى مرسومة بريشة فنانين مختلفين من مدارس فنية مختلفة اختلافا حادًا، تلتقط النظريات الأخلاقية المختلفة منظور مختلف بوضوح لأى مشهد من المشاهد، وتدعونا لتسليط الانتباه على سمات ونسق مختلفة. كل صورة من هذه الصور الناتجة يمكنها أن تساهم فى تقييم الميدان كله تقييمًا أوفى، ويعتمد ذلك على استعداد كل من يلقى نظرة لهضم كل منظور منهم.

إلا أننا نعتقد على الإصلاح الصحى أن يسعى إلى انسجام وتماسك آرائه الأخلاقية الخاصة. أى، يجب علينا أن نجتهد فيما هو أكثر من مجرد التقاط أو اختيار تلك النظرية الأخلاقية أو تلك كلما مضينا قدمًا، فيما قد يسمى "بوفيه مفتوح" من النظريات الأخلاقية. إذا ما كان هذا هو كل ما نفعله، فمن ثم تصبح النظرية الأخلاقية نوع من طلاء النوافذ، منطق خيالى لموقف متخذ مسبقًا، دون أى قوة تحليلية وراءه.

الوضوح والتماسك هى أمور هامة لأسباب عديدة. أولاً، أنها تجعل آراء المرء أكثر تفسيرًا، وهو أمر حاسم بالنسبة للرأى العام وحواره حول مقترحات الإصلاح الصحى. يخلق الوضوح والصراحة والتماسك إمكانيات الاتفاق والاختلاف، مما يسمح للآخرين بفهم ما هو أمامهم وفى انتظارهم، ويسمح لهم بتعديل أو الدفاع عن مواقفهم الأخلاقية بشكل أكثر فعالية من مجرد الحماسة والضجيج فى حوار طرشان. والوضوح والصراحة تساهم فى الشفافية والقابلية للمساءلة. إنه لأصعب كثيرًا بالنسبة للقائمين على الإصلاح أن يتحملوا المساءلة عن القيم التى تقف خلف ما توصى به سياساتهم لو أنهم لا يستطيعون صياغة تلك القيم بوضوح (روبرتس ورايخ ٢٠٠٢، جولتمان وتومبسون ١٩٩٦).

لذلك أنصار الرؤية الأخلاقية المزيج يجب أن يكونوا على استعداد لتقديم منطقًا متماسكًا لاختياراتهم الخاصة. خذ مثلاً ما ذكرناه مبكرًا حول الشخص الذى يعتقد أن سعى المنفعة تقيده حقوق بعينها. يجب أن يكون هذا الشخص قادرًا على

تقديم أسباب للحد الفاصل بين هذين المبدأين (المنفعة والحقوق)، ولماذا هو مرسوم هنا؟، وأن يشرح للآخرين لماذا يجب عليهم أن يقبلوا بهذا المزيج المخصوص من الأهداف النفعية وقضايا الحقوق؟.

من الهام أيضا إدراك أن تطوير موقف أخلاقى للإصلاح الصحى هو عملية مستمرة، وليس عمل يتم مرة واحدة وللأبد. تعقيد مشاكل الإصلاح الصحى وقيود شرائح التحليل الأخلاقى تساعد على ضمان أن العملية سوف تكون مستمرة. وبينما يتحرك القائمون على الإصلاح فى دورة الإصلاح الصحى، كما قدمناها فى الفصل الثانى، يجب عليهم البحث عن التعلم والنمو أخلاقيًّا إضافة إلى التعلم والنمو سياسيًّا وعلميًّا.

ملخص ونقاش

لكل نظرية أخلاقية ناقشناها فى هذا الفصل أسئلتها المميزة، التى تعكس قضايا لم تحل هى:

بالنسبة للمذهب النفعى، كيف يجب قياس الرفاهة؟

بالنسبة للمذهب الليبرالى، أى حقوق يمتلكها الناس؟

بالنسبة للمذهب المجتمعى، ما هى الحدود والقيم التى يمتلكها المجتمع الطيب؟

تقدم كل نظرية أخلاقية أفكارًا هامة تستطيع إرشاد عملية اتخاذ القرارات التى يجب اتخاذها فى الإصلاح الصحى. يركز النفعيون بؤرة اهتمامهم على النتائج المترتبة – إلى أين ينتهى الناس؟ بينما يركز الليبراليون بؤرة اهتمامهم على الحقوق والفرص – من أين يبدأ الناس؟ المجتمعيون ينصب اهتمامهم على نوع الفرد والمجتمع الذى نسعى لخلقه.

المؤلفين الأربعة لهذا الكتاب يتخذون وجهة نظر أخلاقية ذات نزعة مساواة فى جوهرها. فنحن نؤمن أن على الأمم إن تجعل من تحسين الفرص المتاحة أمام الأدنى من مواطنيها أولوية لها. وهذا يفرض بذل جهود منسقة لتحسين الوضع الاجتماعى والاقتصادى والصحى لهؤلاء الأفراد. يتطلب هذا الالتزام من الحكومات أن تضمن حماية ضد المخاطر المالية وسبل فعالة للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية للجماعات الأكثر تهميشاً من سكانها. ومع ذلك، نؤمن أيضا أن تحقيق مثل هذه الأهداف عليه أن يتم بطرق تأخذ فى حسبانها علاقة التكلفة بالفاعلية والكفاءة. مع وجود موارد محدودة، لا تستطيع أى أمة خصوصا الأمم الفقيرة- أن تتجاهل ما تبعات تحقيق أهدافها بأقل تكلفة ممكنة.

إلا أننا لا نعتقد أن كل القائمين على الإصلاح يجب أن يشاركونا وجهة نظرنا. على العكس، لقد قمنا بمراجعة عدد من النظريات الأخلاقية المتنوعة بالضبط لأننا ندرك درجة التعددية فى الرؤى الأخلاقية. لن يرى كل شخص هذه القضايا بنفس الطريقة. فى الممارسة، الثقافة المحلية والميدان السياسى سوف يؤكدان التنوع. وهى مسئولية القائمين على الإصلاح فى كل مجتمع حيث إنه يجب أن يأخذوا مثل هذه التنويعات فى اعتبارهم بينما هم يصوغون سياساتهم القومية.

فعليًا، كل من ينخرط فى الإصلاح الصحى عليه تقرير ما هى قيمه الشخصية بالنسبة لأنفسهم وإلى أى مدى هو مستعد للمضى قدما فى تحقيقها؟. هذه القضية تثير أسئلة صعبة عندما تخرج إجاباتها من المؤسسات السياسية وهياكل السلطة وتكون متصادمة مع القيم الشخصية. لو أن البرلمان، أو رئيس الوزراء، أو وزير الصحة يروج لسياسة أنت لا تتفق معها، إلى أى مدى تستطيع أن تمضى بشكل مشروع فى مناقشة، أو الاحتجاج على، أو حتى نسف مثل هذه القرارات؟ الإجابة قد تعتمد على مدى جودة الإجراءات التى أنتجت مثل هذا القرار. كلما كانت الإجراءات أكثر ديموقراطية وأكثر قابلية للمساءلة وأكثر انفتاحا، كلما كانت الإجابة أكثر جدارة بالاحترام، حتى بين وجهات النظر المتعارضة (ابلباوم ٢٠٠٠).

قد تعتمد الإجابة أيضًا على درجة أهمية القضايا التى تبدو عليها للقائم بالإصلاح. الاختلافات فى المبادئ الجوهرية ربما تستحق تناولها لأبعد مدى من تلك الاختلافات حول قضايا فنية ضيقة. ويظل القائمون على الإصلاح يتحملون مسئولية تنبع من خبرتهم المهنية، ومن سلطاتهم، ولا يستطيعون تفاديها. غالبًا لا يعرف القادة السياسيون ما يريدونه. قد يسن المشرعون سياسات مبهمة، أو حتى متناقضة. العملية السياسية هى مؤسسة إنسانية – مؤسسة يجب أن تكون مفهومة ومدارة بشكل جيد إذا ما كان يراد تنفيذ الإصلاح الصحى بشكل ناجح.

مع الأخذ فى الاعتبار بمركزية الحياة السياسية فى عملية إصلاح القطاع الصحى، نتحول إلى فهم هذه العمليات وكيف يمكن التأثير عليها. فى الفصول اللاحقة، نتحول إلى مشاكل وضع أولويات الإصلاح فى سياق؛ حيث كل من السياسة والأخلاقيات تلعبان دورًا حاسمًا.

٣

التحليل السياسى والاستراتيجيات

إصلاح القطاع الصحى، مثله مثل كل سياسة إصلاح، هو عملية سياسية فى العمق. وكما شددنا فى الفصل الثانى، على أن مطورى السياسات النبهاء يبدأون بالتحليل السياسى مبكرًا فى دورة وضع السياسة؛ فهم لا يرجئون التحليل السياسى حتى يقوموا بتطوير سياساتهم. حيث إن الانتظار حتى تقييم التبعات السياسية لسياسة ما يمكنها أن تؤدى إلى وضع مقترحات من المرجح أنها لن تقبل. فالعمل الفنى فى عملية وضع سياسة والعمل السياسى لتقييم جدواها مطلوب القيام بهما فى نفس الوقت. التحليل السياسى والاستراتيجيات السياسية مطلوبان فى كل مرحلة من مراحل دورة وضع السياسة، وليسا مقصورين فى خطوة "القرار السياسى" كما هو موضح فى الشكل ٢.١.

المدافعون عن الإصلاح الصحى فى البلدان النامية لم يدركوا دائمًا التحديات السياسية التى يواجهونها، ولم يطوروا الاستراتيجيات السياسية التى يحتاجونها. أحد أمثلة التحليل السياسى القاصر للإصلاحات الصحية الرئيسية، هو "تقرير التنمية العالمى لعام ١٩٩٣" (البنك الدولى ١٩٩٣). قدم هذا التقرير سبعة فصول حول ما يجب على البلدان أن تقوم به من تحسين لكفاءة الاستثمار فى الصحة فى البلدان الفقيرة، ولم يقدم سوى خمس فقرات حول عملية إصلاح القطاع الصحى (رايخ ١٩٩٧). أكثر من ذلك، قدم التقرير قليل من الأفكار المحددة أو النوعية حول كيفية إدارة ما يسمى "الكفاح المعقد والمستمر" لإصلاح القطاع الصحى. ببساطة لاحظ التقرير أن "الإصلاحات العريضة فى قطاع الصحة هى أمر ممكن عند توافر الإرادة السياسية، وعندما يتم وضع تصميمات للتغيير فى القطاع الصحى، والقيام بتنفيذها بواسطة مخططين ومدراء أقوياء" (البنك الدولى ١٩٩٣، ١٥). تقرير الصحة العالمى لسنة ٢٠٠٠، فى موضوع "أداء النظام الصحى"، جذب انتباهًا أكبر إلى دور

السياسة، وضمن فقرة حول أهمية تعبئة وحشد أصحاب المصلحة (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠، ١٣٤). ولكن هذا التقرير خفض من مرتبة السياسة إلى مرتبة ثانوية عندما ضمها إلى وظيفة أعرض هى "الحضانة"، بمعنى مسئولية الحكومة عن الرفاهة الاجتماعية واهتمامها بالحصول على الثقة والشرعية (ص ١١٩). أعطى تقرير منظمة الصحة العالمية انتباهًا قليلا جدًا للتحليل السياسى والاستراتيجيات السياسية، التى نعتبرها مكونات جوهرية لجهود تحسين أداء النظام الصحى.

كيف إذًا يجب على القائمين على الإصلاح الصحى تطوير وتنفيذ استراتيجيات سياسية من أجل تحسين فرص يتم من خلالها تقرير خططهم، وخروج هذه الخطط إلى الميدان العملي؟ تشدد مقاربتنا على أهمية التحليل السياسى المنهجى والمستمر. فنحن نفحص أولاً طريقة إعداد أجندة للسياسة العامة عمومًا ولإصلاح القطاع الصحى على وجه الخصوص. تاليًا لذلك، نناقش كيف ندير هذه العملية، عملية وضع الأجندة، من خلال استخدام تحليل أصحاب المصلحة. تلك طريقة منهجية فى تحليل الجماعات والأفراد داخل وخارج الحكومة، الذين قد يملكون تأثيرًا على عملية اختيار السياسة. ثم نقدم أربع استراتيجيات سياسية أساسية لتحسين فرص إقرار سياسة الإصلاح، خارجين بدروس من نظرية التفاوض حول كيفية بناء تحالف سياسى ناجح. أخيرًا، نناقش بعض الأبعاد الأخلاقية لوضع استراتيجيات سياسية، بما فيها القرارات الشخصية التى تواجه القائمين بالإصلاح الصحى.

وضع أجندة الإصلاح الصحي

ما الذى يحدد أجندة الإصلاح الصحى فى بلد ما؟، قد تكون الإجابة الساذجة هى، "يركز الرأى العام انتباهه على مناطق يكون فيها أداء النظام الصحى غير مرضى". ولكن المشاكل كما يحددها صناع السياسة كقضايا للرأى العام قد لا تكون

هى تلك المشاكل التى يحددها الخبراء كأمر غير مرضى أو كأولوية أولى – وهو نسق ناقشناه فى الفصل الثانى. مثلا، فى غانا، عبء مرض سرطان عنق الرحم يتجاوز بكثير جدًا سرطان الثدى، ولكن انتباه السياسات يتركز أكثر على سرطان الثدى مما هو على سرطان عنق الرحم، نتيجة لأسباب عديدة اجتماعية وسياسية (رايخنباخ ١٩٩٩). وكما يطرح مثل هذا النموذج، "الحقائق" لا تتكلم ببساطة عن نفسها فى وضع أولويات الإصلاح الصحى. بشكل أكثر عمومًا، القضايا المختارة لانتباه الرأى العام لا تستجيب بالضرورة للاختيارات التى يصل إليها المرء بناءً على التحليل الأخلاقى، أو بناءً على تقييم لمستهدفات الأداء (كما نناقشه فى الفصل الثالث و الخامس).

فى الممارسة العملية، مشاكل إصلاح القطاع الصحى تحصل على تعريف بوصفها قضايا رأى عام عبر عمليات أعرض اجتماعية وسياسية (رايخ ١٩٩٥). تنشأ القضايا وتمضى فى الحياة السياسية بوصفها أمور رأى عام، فيما يسمى "دورة القضية الاهتمام" (داونز ١٩٧٢). دعنا نتأمل بعض العوامل الهامة التى تحدد انتباه الرأى العام للقضايا فى عملية إعداد أجندة.

تلعب وسائل الإعلام الجماهيرية دورًا هامًا فى تشكيل دورة القضايا هذه بالنسبة للجدل العام، فى كل من البلدان النامية والبلدان المتطورة. تستطيع وسائل الإعلام تحويل القضايا الخاصة إلى قضايا عامة، وتخلق وعيا بها بين كل من الجمهور والنخبة السياسية، وتضع شكلاً لحدود ورموز الجدل العام. تخضع دورة القضايا إلى نفوذ الحوافز الاقتصادية جزئيًا. الصحف، والمجلات، والراديو والتلفزيون يعتمدون على دخل من الانتشار، أما على شكل المبيعات المباشرة، أو الإعلان. القراء، والمستمعون، والمشاهدون يستهلكون الأخبار جزئيًا بوصفها تسلية. وبينما تتحول الروايات الإخبارية إلى روايات مستهلكة ومملة مع الوقت، تصبح لدى وسائل الإعلام كل الأسباب؛ لتكتشف مواضيع جديدة وجذابة لتجذب

انتباه المشاهدين والقراء. مصلحة وسائل الإعلام فى قضايا خاصة يمكن تحويلها بواسطة مالكيها، أو بواسطة علاقاتهم بأحزاب سياسية بعينها، ويمكن تقييدها بواسطة تشدد الحكومات وعدم تحملها للنقد الجماهيرى وضيق احترامها للحريات الأساسية (مثل حرية الصحافة).

توفر اقتراحات بحلول يؤثر أيضًا على شكل القضية. كما لاحظنا فى الفصل الثانى، تعريف "مشكلة" يمكن اشتقاقه من توفر "حل" لها. وتلك عادة عملية نشطة، وتعتمد على تواجد أفراد ومنظمات تكرس جهودها للعمل على الترويج لهذا الحل. على سبيل المثال، لعبت المنظمات الدولية فى بعض الأحيان دورًا رئيسيًا فى تركيز الانتباه على حلول نوعية بعينها لتتناسب مع رسالتها ومهمتها هى فى وضع أجندة سياسية للبلاد (رايخ ١٩٩٥). فى السبعينات والثمانينات، مثلاً، بذلت اليونيسيف جهودًا كبرى للترويج لمتابعة نمو الأطفال، والارتواء بالسوائل عن طريق الفم للأطفال المصابين بالجفاف، والتطعيمات كحل لمعدلات وفيات الأطفال المرتفعة (اليونيسيف ١٩٨٥). تستخدم الوكالات الدولية وسائل شتى للترويج لسياسات الحل، بما فيها الحوافز المادية القوية، والضغط الدبلوماسى. تشمل هذه الوسائل قروض وهبات مستهدفة، وممارسة سياسة فرض شروط شتى من أجل المعونة. فى هذه الحالات، تصبح الوكالات الدولية "تنفيذى" سياسات – لاعبون يسعون للترويج لقضايا بعينها وحلول بعينها (كينجدون ١٩٩٥).

السياسيون التنفيذيون يتواجدون أيضًا داخل سياق وطنى. انظر مثلاً جهود جماعة من النسوة البرلمانيات اليابانيات الذين نجحوا فى تركيز انتباه العمل التشريعى على قضية دعارة الأطفال (ستروم ١٩٩٩)، أو جهود الأطباء فى شرق أوروبا الذين حاولوا تعريف دخولهم المنهارة بوصفها مشكلة للإصلاح الصحى (بوصير وفلودارتشايك ٢٠٠٠). قدرة جماعة على تركيز الانتباه السياسى والاجتماعى على جانب بعينه من النظام الصحى يعتمد على عديد من العوامل،

تشمل موارد هذه الجماعة، وسمات البيئة المحيطة الأوسع، والتوقيت السياسى. المدافعون عن الإصلاح الصحى، على كل من المستوى الوطنى والدولى، غالبًا ما تكون وظيفتهم فى شكل سياسيين تنفيذيين. فى هذا الدور، يحتاج أنصار الإصلاح الصحى إلى فهم دورة السياسة (المعروضة فى الفصل الثانى)، وكيف يستطيعون بأعظم فعالية ممكنة التأثير على الأجندة السياسية لدعم الإصلاح عند كل مرحلة من مراحل هذه الدورة.

الأزمات قد تستطيع تقديم فرصة لوضع قضية ما فى أجندة وضع السياسات (روكفور وكوب ١٩٩٤). قد تكون الأزمة فى شكل كارثة طبيعية، مثل زلزال، بحيث تستطيع تسليط الضوء على مشاكل النظام الصحى التى تحتاج إلى انتباه، أو قد تكون كارثة لأسباب بشرية، مثل أزمة اقتصادية. تستطيع تركيز بؤرة الاهتمام على الدواء المستورد غالى الثمن، وتوفير دافع للتقدم بسياسة قائمة الدواء الأساسية. فى بعض الحالات، يسعى السياسيون التنفيذيون إلى المزج السليم بين الأزمة والظروف السياسية ليتلاقيا، كما حدث مع إصلاح سياسة الدواء فى بنجلاديش عام ١٩٨٣ عندما استولى ديكتاتور عسكرى على السلطة (رايخ ١٩٩٤).

الدورات السياسية والتوقيت السياسى أيضًا يؤثران على القضايا المطروحة على أجندة سياسات البلد (هيكلو ١٩٧٤). لأنصباب بؤرة الاهتمام على قضية بعينها، تتصارع الجماعات والأفراد من أجل الحصول على مكسب سياسى أفضل، خصوصًا أثناء الانتخابات، سعيًا للحصول على الاعتراف بشئونهم فى أجندة السياسات. وفور ما تصبح قضية ما قضية ساخنة، يميل اقتراح بسياسة ما تتعلق بهذه القضية إلى توليد مقترحات بديلة، حيث تدعى الجماعات المتنافسة ملكيتها للقضية بطرق تعطى ميزة لكل جماعة. وفور ما تأخذ قضية ما وضعًا فى أجندة السياسات فهى تميل إلى دفع باقى القضايا إلى احتلال أهمية أقل؛ فأى بلد لا

يستطيع تناول سوى عدد محدود من مشاكل الإصلاح الاجتماعية الاقتصادية الكبرى فى فترة زمنية محدودة ما. لا يجب على السياسيين التنفيذيين تحديد مشكلتهم بشكل مثير وفقط، ولكن عليهم أيضا أن يجعلوا تعريفهم للمشكلة أكثر جاذبية من المشاكل الأخرى المنافسة. لذلك يتخذ التوقيت السياسى مكانة حاسمة، حيث إن نافذة فرص تغيير السياسات غالبا ما تكون محدودة وتخضع لأحداث غير متوقعة (كينجدون ١٩٩٥). يحتاج السياسيون التنفيذيون إلى تطوير فهم لتوقيت فتح هذه النافذة، وإلى متى سوف تظل مفتوحة، وكيف سينفذون بمقترحات التغيير عبر هذه النافذة سريعا – قبل أن يعاد إغلاقها بقوة فى وجوههم.

قد تحدث تغييرات فى السياسة أيضا عندما يدخل لاعبون جدد فى النظام السياسى. وزير جديد للصحة، مثلاً، غالبا ما يسعى فى تحديد جديد لأجندة السياسات فور تولى منصبه بوقت قصير. مثل هذه المقترحات ليس مقصودا بها فقط حل مشكلات اجتماعية، ولكن مطلوب منها خلق مكاسب سياسية لعصر بعينه ومبررا لاستحقاق الوزير واستمراره فى منصبه ومكافأته بعد نهاية خدمته – مع الاعتراف بأن عهد وزارته غالبا ما يكون قصيرا من ستة أشهر إلى سنة فى معظم البلدان النامية.

الطريقة التى يحدد بها الوزراء الأجندة السياسية سوف يتحدد شكلها بواسطة حوافز سياسية أعرض والتكلفة والفوائد المحسوسة لسياسات بعينها، بما فيها الآراء التى يتبناها رئيس الدولة. عملية إعداد الأجندة هذه بواسطة وزير الصحة يصورها القرار المتخذ فى مصر لإنشاء سياسة جديدة للتأمين الصحى على تلاميذ المدارس فى ١٩٨٣ (نانداكومار وآخرون ٢٠٠٠). فى كولومبيا، عمل وزير الصحة مع شيوخ الكونجرس، وصنع تحالفات مع الأعضاء الرئيسيين فى الجهاز التشريعى من أجل ضمان تمرير قانونه للإصلاح الصحى (جونزاليز روستى ورامفريز ٢٠٠٠). يظهر هذا المثال كيف أن التنفيذيين السلسيين يحتاجون إلى التفكير جيدا فى الظروف السياسية فى مجال سياسات بعينها عند تطوير استراتيجية لإعداد الأجندة.

يعمل التنفيذيون السياسيون أيضا على أساس معتقداتهم في ما يجعل النظام يعمل بشكل أفضل – المعتقدات والقيم التي تشكلها الخبرات الشخصية وشعور القيادة المعنوية (كوليز ٢٠٠٠). المدافعون عن رعاية أفضل للمرض العقلي ربما لديهم مريضا عقليًا في عائلاتهم، وهم يمتلكون بذلك خبرة شخصية بالخدمة السيئة وأثرها على عائلاتهم. رجل السياسة الذي مر بتجربة شخصية بفقدان عزيز لديه في أحد حوادث السيارات في الطرق، قد يكون رد فعله هو دفع تشريع من أجل فرض استخدام أحزمة الأمان في السيارات لتأمين ركابها. أيضا تستطيع الإيديولوجية والتدريب المهني ممارسة نفوذًا على القضايا التي ينتقيها السياسيون التنفيذيون. مثلاً، يؤمن أساتذة الصحة العامة عموما بقيمة الوقاية، وهذه المعتقدات تمارس نفوذًا على اختيارهم وتحديدهم للمشاكل التي يتناولونها.

التغيير المفاجئ للحكومة يمكنه إعطاء فرصة لإصلاح القطاع الصحي؛ مثلاً، عندما يأتي ديكتاتور عسكري للسلطة في انقلاب. ولكن حتى الحكام الاستبداديين يجب عليهم وضع تصميمات لاستراتيجيات سياسية للتعامل مع جماعات المصالح القوية والمعارضة القائمة ضد السياسات الجديدة. في البنجلاديش، تقدمت الحكومة العسكرية الجديدة في ١٩٨٣ سريعًا بسياسة دوائية جديدة وطبقتها منذ بداية عهدها، ولكنها لم تكن قادرة على المضي بسياسة صحية جديدة بعد ذلك بسبع سنوات بسبب المعارضة العنيدة لنقابات الأطباء (رايخ ١٩٩٤ ب). في التشيلي، تغلب نظام بينوشيه على المعارضة الكبيرة لإصلاحه الصحي وسط جماعات رأي عام وجماعات طبية في ١٩٧٩، ولكن الإصلاح مع ذلك احتاج من خمس إلى عشر سنوات حتى يتم تنفيذه بسبب كل من المقاومة الداخلية والخارجية للحكومة العسكرية (خيمينيز دالا جارا وبوصير ١٩٩٩).

تؤثر الثقافة العامة لمجتمع ما على عملية وضع الأجندة أيضا، بتيسير إثارة بعض المواضيع أمام الرأي العام ليتبناها وسد الطريق أمام مواضيع أخرى بوصفها

من المحرمات (دوجلاس وفيلدافسكى ١٩٨٢). هذه القيم والمعتقدات تميل لكونها خاصة جدًا بثقافة وتقاليد مجتمع ما (أو لطائفة ما داخل بلد ما)، فى لحظة خاصة من الوقت. مثلاً، فى بعض البلدان، من المحرمات أن تناقش المعدلات الأعلى لوفيات الأطفال من الإناث، أو وجود سوقًا حرة للكلى التى تباع للأثرياء الأجانب.

من الهام تذكر أن المعتقدات الثقافية ليست معتقدات ساكنة، ولكنها تتغير مع الزمن، حتى أن المواضيع التى تعتبر خارج حدود النقاش العام فى وقت ما، يمكن تحديدها كمشكلة وقضية رأى عام. مثلاً، طهارة الإناث كانت تعتبر من المحرمات فى العديد من البلدان، حتى جاء المؤتمر الدولى للسكان والتنمية فى القاهرة عام ١٩٩٤، وهو الذى فتح باب النقاش العام للقضية فى مصر وعبر العالم (سيف الدولة ١٩٩٩). تُظهر هذه الحالة كيف أن القضايا التى كانت من المحرمات فى وقت ما يمكنها أن تصبح قضية رأى عام، وتطرح لجدل الإصلاح الصحى، بنتائجها وعواقبها السياسية والثقافية واسعة المدى. فهم دور القيم الثقافية فى تعريف واختيار المواضيع التى تطرح للجدل العام، يمكنها الفهم مساعدة القائمين على الإصلاح الصحى فى تحديد أى المشاكل التى يمكن تناولها وطريقة التناول، كما نناقش أدناه.

بالطبع، عمليات إعداد الأجندة يمكنها أن تأتى على غير المتوقع. يستطيع القائد القوى والمحنك وصاحب العزيمة أن يجعل مما لا يمكن تصوره أمرًا قابل للتفكير. قد تحول الأزمة بؤرة الاهتمام وتبدل الحسابات السياسية فى مشكلة ما، وتخلق فرصة غير متوقعة لتغيير ما فى السياسات. دافع العالم السياسى جون كينجدون (١٩٩٥) عن موقف ينادى بأن أفضل فرص للتغيير الناجح فى السياسات، يحدث عندما تتلاقى ثلاث تيارات من الأحداث: ١) الحالة الموضوعية – تيار المشكلة، ٢) مدى توفر حل ممكن – تيار السياسات، ٣) تدفق الأحداث السياسية – التيار السياسى. عندما تتلاقى هذه التيارات الثلاث معًا، كما يقول كينجدون، سوف تنتج على الأرجح استجابة ما فى السياسات– رغم أن الاستجابة قد لا تسوى المشكلة.

لذلك يحتاج القائمون على عملية الإصلاح الصحى إلى القدرة على تثمين تدفق الأحداث السياسية والتعامل معها (وهى مهارات نادرًا ما تدربوا عليها) إضافة إلى وجود طاقة لتحليل الحالة الموضوعية ووضع تخطيط للحلول الممكنة (وهى مهارات عادة ما تدربوا عليها). يحتاج القائمون على الإصلاح فهم كيفية إعداد أجندات السياسات العامة، وكيف يستطيعون تعديل عمليات الإعداد لأجندات الإصلاح الصحى؟. باختصار، لا يجب أن يقبل القائمون على الإصلاح الصحى المشاكل كما تحددها عمليات وضع الأجندة فى بلادهم. يستطيع القائمون على الإصلاح استخدام النظرية الأخلاقية (المقدمة فى الفصل الثالث) وأهداف الأداء (الموصوفة فى الفصل الخامس) من أجل تعريف المشاكل التى يعتقدون أن من الواجب التعامل معها. ومن ثم يجب عليهم استخدام عمليات السياسة لتوسيع القبول الجماهيرى لتعريفات المشاكل هذه من أجل تشكيل أجندة السياسات.

وهكذا يجب أن يهتم القائمون على الإصلاح بشكل محورى بشأن "الجدوى السياسية" للسياسات المقترحة. هل يمكن إقرار المقترحات؟ وهل يمكن تنفيذها؟ لكن مفهوم الجدوى ليس موقفا ثنائى النتيجة بنعم أم لا: تشتمل الجدوى على الاحتمالات التى يمكن أن تتنوع من صفر إلى واحد. احتمال الوصول إلى إقرار سياسة ما تعتمد على الأوضاع، وعلى مهارة وتفانى المدافعين عنها (وخصومها). ما هى الموارد السياسية المتاحة فى متناول كل جماعة، وقدر استعدادها لدخول مثل هذه المعركة الخاصة؟ وقدر مهارتها وفعاليتها فى كل مهمة من هذه المهام المتنوعة كعملية تقييم العواقب السياسية للمقترحات الفنية، ومثل اجتذاب لمشاعر الرأى العام، وفى التفاوض حول صفقات خاصة مع اللاعبين السياسيين الكبار؟ هل هم قادرون على إقناع الأفراد والمنظمات لحشد مواردهم السياسية المحدودة ورأسمالهم السياسى من أجل هذا المجهود الإصلاحى بعينه؟

القيادة هنا أمر حاسم. الزعماء السياسيون الموهوبون، مثلهم مثل القادة العسكريين الموهوبين، يستطيعون الفوز فى المعارك والحملات التى سوف يغرق فيها هؤلاء الأقل قدرة أو الأقل حمية وطاقة على الإنجاز (هايفتز ١٩٩٤). ولهذا، السؤال عن جدوى سياسة ما هو أمر، جزئيًا، سؤال عن المدافعين عن الإصلاح، خصوصا عن قدرتهم الإبداعية، ومدى التزامهم، ومهاراتهم – وكذلك هو سؤال عن خصومهم. النجاح فى عمل الإصلاح الصحى غالبًا ما يعنى التغلب على أو الالتفاف على مصالح الأقوياء الذين سوف يدافعون بعزم وافر عن مواقعهم.

وهكذا عملية بناء إصلاح صحى بشكل يجعل منها عملية ذات جدوى سياسية، تتطلب مهارات سياسية، وتحليل سياسى، واستراتيجية سياسية – أكثر من احتياجها لبعض الأفكار عن "الإرادة السياسية"، كما كان ينادى بذلك البنك الدولى فى تقريره عام ١٩٩٣ للتنمية. يقوم اللاعبون فى عملية الإصلاح الصحى بإجراء حساباتهم الخاصة لما يشبه أن يكون التكلفة السياسية والفوائد المتوقعة للإصلاح، ويتخذون مواقف وينفقون مواردهم بناءً على تلك الحسابات، يحتاج المدافعون عن الإصلاح الصحى إلى فهم عملية الحسابات هذه من منظور كل لاعب، ومن ثم بناء استراتيجيات تتحكم فى هذه الحسابات وتؤدى بالاحتمالات إلى مصلحة الإصلاح. هذه العملية تتطلب جمع وتحليل البيانات السياسية، بما فيها الأحكام الذاتية عن الطريقة التى من المرجح أن يتصرف بها اللاعبون على اختلافهم نحو مختلف مقترحات الإصلاح. ولذلك يتطلب الأمر فهما جيدًا للجانب السياسى فى الإصلاح الصحى.

الجانب السياسى للإصلاح الصحي

هناك أربعة عوامل مهمة على نحو خاص فى فهم الطريقة التى تدار بها الجوانب السياسية لإصلاح القطاع الصحى. هذه العوامل تؤثر على أصول الإصلاح الصحى كقضية، وعلى محتوى سياسات الإصلاح، وعلى تنفيذ البرامج المقررة. وهذه العوامل الأربع هي:

- **اللاعبون:** مجموعة من الأفراد والجماعات الداخلين فى عملية الإصلاح، أو المحتمل دخولهم الجدل الدائر حول مصير هذه السياسة.
- **السلطة:** السلطة النسبية لكل لاعب فى اللعبة السياسية (على أساس من الموارد السياسية المتاحة لكل لاعب).
- **الموقف:** الموقف المتخذ من كل لاعب، متضمنًا المعارضين والمؤيدين للسياسة، ومدى التزام كل لاعب ضد أو مع السياسة (أى، نسبة الموارد التى يرحب كل لاعب بتخصيصها للترويج أو لمقاومة السياسة).
- **الشعور العام:** موقف الشعور العام من السياسة، متضمنًا تعريف المشكلة والحل، والعواقب المادية والرمزية، التى سوف تعود على كل لاعب.

هذه العوامل الأربع – اللاعبون والسلطة والموقف والشعور العام – يمكنها التأثير على الاستراتيجيات السياسية التى يقررها القائمون بالإصلاح الصحى. الغرض المحورى لهذا الفصل هو تقديم دليل استرشادى على طريقة وضع تصميم للاستراتيجيات السياسية الفعالة.

بالطبع، الجدوى السياسية للسياسة المقترحة تتأثر بعوامل أخرى أكثر من هذه العوامل الأربع. فتغيير محتوى سياسة ما يمكنه التأثير على توزيع النفقات والمنافع السياسية بين اللاعبين، وبالتالى يغير من عناصر حساب الجدوى السياسية. إضافة إلى ذلك، الاستراتيجيات التى يقررها بعض اللاعبين الأساسيين يمكن أن تتبدل بسلوكيات اللاعبين الآخرين. أحيانًا ما تغير هذه القرارات قواعد اللعبة نفسها. من الصعب أو من المستحيل أن يغير القائمون على الإصلاح الصحى من عوامل هامة أخرى أو يعدلونها أو يتعاملون معها، بما فيها المعتقدات الثقافية العميقة الجذور، وهيكل المؤسسات السياسية، والحوافز التى تقدمها الوكالات الدولية، وحدوث الكوارث الطبيعية أو الاقتصادية.

ما هو الأسلوب التعبيرى المناسب والصحيح بالنسبة لصناع السياسة، وبالنسبة للتفكير حول الجدوى السياسية؟ أولاً، صناعة السياسة ليست لعبة تحريك أحجار على رقعة مرسومة، حيث كل اللاعبين متساوين ويمكنهم التحرك فقط فى طريق مرسوم ومحدد من قبل. إنها أقرب للعبة شطرنج، مع طريقة تحرك مختلف لكل لاعب، حيث يمكن للبيدق أن يكون ملكًا إذا ما وصل إلى نهاية الطريق من الجانب الآخر. ولكن هناك اختلافًا كبيرًا: فى صناعة القرار، قواعد اللعبة ليست ساكنة، ومن الممكن أن تتغير – دون إنذار أو فجأة – أثناء اللعب نفسه. يمكن أن تتحدد جدوى السياسة من خلال قواعد اللعبة وبواسطة الممسك بقواعد اللعبة نفسها؛ ولا يملك أى لاعب ضمانًا بأن قواعد اللعبة سوف تستمر دون تغيير.

إضافة إلى ذلك، سياسات إصلاح قطاع الصحة تمتلك سمات منهجية تجعل من الإصلاح الصحى عملية صعبة – ربما أكثر صعوبة من أنواع الإصلاح السياسى الأخرى. يتضمن ذلك:

- **تعقيد/صعوبة فنية**: إصلاح مشاكل القطاع الصحى ليس سهلاً. العديد من الأجزاء والقطع ترتبط مع بعضها البعض بعلاقات متبادلة، والعديد من العواقب (سواء المقصودة أم الغير مقصودة) تحدث. كذلك فإن وضع تصميم شامل للإصلاح الصحى هو عملية فنية معقدة، حيث تقوم قيادات الإصلاح الصحى بإدارة أزرار التحكم الخمس بعملية الإصلاح فى اتجاهات متنوعة. تحاول قيادات الإصلاح الصحى إصلاح عديد من أجزاء النظام فى نفس الوقت، مما يصعب لغير المتخصص أن يمسك بأثر التغيير فى التفاصيل وفى الصورة العامة. التحديات المهنية تخلق تحديات سياسية من خلال أثرها على اللاعبين وإمكانيات اضطراب الرأى العام.

- **التكاليف المركزة للجماعات جيدة التنظيم**: من الشائع أن جهود الإصلاح الصحى تتضمن تكلفة مركزة جديدة للجماعات القوية الحسنة الانتظام من أجل

الحركة، مثل الأطباء (غالبًا منظمين بشكل جيد فى جمعيات مهنية). مشكلة التكلفة المركزة هذه تستطيع خلق عراقيل سياسية ذات وزن للإصلاح، لو تحركت جماعات الضغط القوية لمعارضة الإصلاح من أجل حماية مصالحها.

- **المنافع المشتتة للجماعات الغير منظمة:** غالبًا ما يسعى الإصلاح الصحى إلى تقديم مزايا جديدة وإتاحتها للجماعات المحرومة سابقًا؛ على سبيل المثال، الفقراء وسكان المناطق الريفية. مثل هذه الجماعات غالبًا ليست منظمة على نحو جيد أو لا تترابط جيدًا فى شكل سياسى. إضافة إلى ذلك، ربما تنتج هذه التغييرات فقط عن مزايا قليلة للغاية بالنسبة لكل فرد من أفراد هذه الجماعات المحرومة قليلة الحيلة. المنافع المشتتة هنا وهناك بين الجماعات القليلة الحيلة تجعل من الأصعب حشد وتعبئة دعم سياسى له وزنه من أجل الإصلاح.

مزج التكلفة المركزة للجماعات الحسنة التنظيم، والفوائد المشتتة للجماعات الغير منظمة يشكل ما يسميه مانكيور أولسن (١٩٦٥) أشكالية التحرك الكلى. والتغلب على الجوانب السياسية لإشكالية التحرك الكلى هذه هو تحد أكبر لقيادات الإصلاح الصحى. السمات الثلاث للإصلاح الصحى المذكورة أعلاه معًا، تخلق تحديات سياسية لها وزن حقيقى. إلا أنها أيضًا تسمح بمقاربات مشتركة للجانب السياسى فى الإصلاح الصحى، خصوصًا عند إجراء تحليل لأصحاب المصلحة وتصميم استراتيجيات سياسية.

التحليل السياسي

اللبنة الأساسية فى تصميم استراتيجيات سياسية من أجل الإصلاح الصحى هى تحليل الأطراف أصحاب المصلحة (رايخ ١٩٩٦). ويحدث هذا على ثلاث مراحل. أولاً، تمييز الجماعات والأفراد ذوى الصلة. ثانيًا، حساب مواردهم

السياسية وأدوارهم فى البنية السياسية لتحديد سلطتهم النسبية فى مسألة وضع السياسات المتاحة لهم. ثالثا، تقييم موقفهم حاليا من السياسات المقترحة (متضمنا مدى التزامهم) ومصالحهم المحددة لذلك. من الممكن تقديم هذا التحليل بصورة مرئية، كما هو موضح فى الشكل رقم ٤,١ بالنسبة لقضية الإصلاح الصحى فى جمهورية الدومينيكان (جلاسمان وآخرون ١٩٩٩). فور الانتهاء من تحليل الأطراف أصحاب المصلحة، من خلال فهم واضح للجماعات المشتركة فى ذلك وسلطتهم ومواقفهم، تستطيع قيادة الإصلاح الصحى المضى قدمًا إلى المرحلة التالية – وضع تصميم استراتيجيات السياسات لتحفيز وتوسيع فرص إمكانية إقرار الإصلاح. مهام هذا التحليل عند إجراء تحليل لأصحاب المصلحة، ووضع تصميمات الاستراتيجيات السياسية، نستطيع دعمها باستخدام تطبيق الكترونى فى الحاسب الآلى، اسمه "صانع السياسة" (رايخ كووبر ١٩٩٦)، الذى أصبح مستخدمًا بشكل واسع لتدريب محللى السياسات على طريقة التفكير بشكل استراتيجى فى قضايا السياسة.

الحصول على معلومات يمكن الاعتماد عليها عن الأطراف أصحاب المصلحة لتحليلها – معرفة مواقف وقوة مختلف اللاعبين – أمر بالغ الصعوبة. اللاعبون السياسيون المحنكون ربما عن قصد يموهون على الآخرين حتى تتحقق لهم ميزة أثناء عملية التفاوض حول قضايا السياسة الحاسمة، وعلى سبيل المثال: بإخفاء أو المبالغة فى قوتهم. أحيانًا، هم يلعبون على الجانبين فى مثل هذا الجدل. حتى لو أنك تستطيع وزن قوة لاعب ببعض الدقة، سوف يكون من الصعب معرفة قدر المجهود الذى سوف يبذلونه فى قضية معينة. قد تكشف التصريحات الجماهيرية عن المواقف العامة للاعب رئيسى، ولكن هذه المواقف قد لا تمثل الوضع الفعلى الذى سوف يتخذه اللاعب فى النهاية عندما يتطلب الأمر منه اتخاذ قرار. المهمة الأكثر أهمية بالنسبة للمحللين هى تحديد جوهر المواقف وجوهر السلطة لكل طرف من أصحاب المصلحة – ما هم ليسوا على استعداد للتخلى عنه،

وقدر الموارد التى يستطيعون تعبئتها وتحريكها لضمان تحقيق أهدافهم. العثور على هذه المعلومات يتطلب مصادر متعددة والحكم بعناية على لاعبين بعينهم – أسئلة دائمًا ما كانت محل تفكير فريق المحللين من مناظير متعددة.

تحليل أصحاب المصلحة يجمع نمطين واضحين من أنماط التحليل. أحدهم هو تحليل جماعات المصالح (ليندبلوم ١٩٦٥). يتكون هذا التحليل من فهم الجماعات الاجتماعية التى تسعى لتحريك الحكومة فى اتجاه مخصوص، متضمنة قطاع الأعمال الخاص، والمنظمات الغير حكومية. النمط الثانى من التحليل يتفحص السياسة بين الموظفين الحكوميين، ويركز على التنافس بين الهيئات والأفراد داخل الحكومة (داونز ١٩٦٧). الأطراف أصحاب المصلحة فى القطاع الصحى يشملون كلا النوعين من اللاعبين: هؤلاء خارج الحكومة وأولئك داخلها. بالنسبة للإصلاح الصحى فى البلدان النامية، يحتاج المرء أيضًا إلى حساب نشاط الوكالات والهيئات الدولية، مثل البنك الدولى واليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية.

يتضمن إصلاح قطاع الصحة بشكل نمطى الأنواع التالية من جماعات المصالح:

- **جماعات المنتجين:** الأطباء وأطباء الأسنان والممرضات والصيادلة والموظفين الآخرين فى القطاع الصحى ونقاباتهم، وشركات الدواء المحلية والدولية ومصنعى الأجهزة الطبية.
- **جماعات المستهلكين:** منظمات تقوم لرعاية مرضى مرض معين، وجماعات مستهلكين أقليمية ومحلية (منظمات المرأة) والاتحادات التى تمثل المشتركين فى التأمين الصحى، وأصحاب المعاشات والعاملين فى القوات المسلحة.
- **الجماعات الاقتصادية:** شركات أعمال بأنشطة فى مجال التأمين الصحى، والصناعات التى تتأثر بالسياسات الصحية (أى، مزارعى التبغ، ومبيعات الأدوية)، والعمال الذين تنفتح لهم وظائف جديدة أو يخسرونها.

- **الجماعات الإيديولوجية:** الأحزاب السياسية، والمنظمات الإصلاحية، وجماعات الدفاع عن القضية الواحدة (أى، منظمات حماية البيئة والناشطون فى قضية الإجهاض).
- **جماعات التنمية الصحية:** بنوك التنمية متعددة المجالات، ووكالات التعاون الثنائى، ومنظمات الصحة الدولية، ومنظمات التنمية الغير حكومية.

هذه القائمة من جماعات المصالح تفصح عن نفسها. تحتاج قيادات الإصلاح الصحى إلى تطويع القائمة بناءً على ظروفها السياسية النوعية بالنسبة للسياسة المطروحة للتطوير، وعليها تركيز انتباهها على الجماعات والأفراد الأكثر حسمًا. الوصول إلى تحديد قائمة اللاعبين من جماعات المصالح من أجل تحليلها يتطلب إصدار أحكام حول أى الجماعات من المرجح تعبئتها وتحريكها، أو تلك الجماعات التى نستطيع تحريكها لمعادلة ميزان القوة فى الجدال السياسى.

وبالمثل، عند فحص الجماعات البيروقراطية، يجب أن يقرر المحلل السياسى أى اللاعبين يجب وضعهم فى الحسبان؟ وأين يرسم مختلف أنواع الخطوط؟. هل تعتبر وزارة الصحة لاعب وحيد، أو لاعبون مختلفون، مثل الوزير وهيئة موظفيه المباشرين، هل من الأفضل حسبانهم بوصفهم جماعات منفصلة؟ ليست هناك إجابة واحدة صحيحة لمثل هذه الأسئلة. فتنفيذ تحليل سياسى جيد هو فن إضافة لكونه علم. الهدف هو تمييز اللاعبين المهمين، الذين يستطيعون التصرف منفردين وبشكل مستقل ويستطيعون السيطرة على موارد سياسية ذات وزن. ولكن وضع عدد كبير زيادة عن اللزوم من اللاعبين يجعل التحليل صعب التناول ويدعو للإحباط .

إضافة إلى وزارة الصحة، يلعب اللاعبون الحكوميون الآخرون غالبًا دورًا مهمًا فى الجدل حول إصلاح القطاع الصحى وقراراته.

- **وزارة المالية:** خصوصًا لو شمل الإصلاح على تغييرات فى تمويل الخدمات الصحية أو تغييرات فى ميزانية وزارة الصحة.
- **مؤسسة الأمن الاجتماعي:** خصوصًا لو شمل مقترح الإصلاح تغييرات فى تقديم الخدمات الصحية وإعادة تنظيم المنشآت الصحية الحكومية.
- **وزارت الاقتصاد و/أو التخطيط:** من المرجح جدًا لو شمل الإصلاح حسابات حول النمو الاقتصادى الكلى أو قرارات حول شطب الديون.
- **الحكم المحلى و/أو الإقليمي:** متوقع لو أن مقترح الإصلاح تضمن اللامركزية.
- **وزارة التعليم:** بالنسبة لسياسة الصحة المدرسية، أو بالنسبة للسياسة التى تؤثر على المدارس الطبية.
- **وزارة الزراعة، والتجارة، والصناعة:** بالنسبة للسياسات المتعلقة بالكحول والتبغ والدواء والأجهزة الطبية.

عند تجميع قائمة الأطراف صاحبة المصلحة، يحتاج المحلل إلى التفكير فى تبعات السياسة المقترحة على كل لاعب: من يهتم بالسياسة؟ من الذى سوف يتصرف – أو يمكن إقناعه بالتصرف؟ من يمتلك القدرة على التأثير على الناتج؟ من الذى سوف يتأثر على الأرجح بعواقب الإصلاح، سلبًا أو إيجابًا؟

يجب على المحلل أيضًا إن يفكر فى اللاعبين السياسيين الحاسمين: الجماعات أو الأفراد الذين يمتلكون سلطة خاصة على السياسة محل البحث. فى بعض الحالات، قد يمتلك فرد ذو سلطة حق الفيتو عند إقرار سياسة إصلاح، وفى حالات عديدة، جماعة خاصة تستطيع تحديد هل سوف تنفذ السياسة أم لا على الإطلاق؟. يحتاج الزعماء إلى انتباه خاص. رئيس الوزراء أو الرئيس، نائب برلمانى أو محافظ، رؤساء أجنحة برلمانية هامة وأحزاب سياسية: كلهم يمتلكون

وزنًا ملموسًا. أجهزة إعلامية بعينها يجب فحصها أيضًا، خصوصًا تلك التى تتميز برأى معين أو حزب سياسى معين أو اتجاه معين. رؤساء تحرير أو مدراء هيئات إعلامية غالبًا ما يكون لديهم أجندتهم السياسية الخاصة، وهؤلاء اللاعبون يحتاجون إلى وضعهم محل دراسة فى التحليل السياسى لإصلاح القطاع الصحى.

مصادر السلطة والنفوذ

وقد حددنا قائمة باللاعبين (الجماعات والأفراد ذوى الصلة بمقترح السياسة)، الخطوة التالية هى تقدير سلطة ونفوذ كل لاعب. ويتطلب هذا وزنًا للتالى بالنسبة لكل لاعب.

- الموارد السياسية لكل لاعب ومكانه فى النظام السياسى، الذى يحدد طاقتهم الكامنة لممارسة نفوذًا على قرارات السياسة.
- مصالح اللاعب، ومواقفه والتزاماته، التى سوف تمارس نفوذًا على قدر موارد اللاعب – وكم هى تلك الموارد – وكم منها سوف يستخدم فى الجدل حول السياسة؟.

تأتى الموارد السياسية فى شكلين: ملموسة، وغير ملموسة (انظر الجدول ٤،١). تشمل الموارد الملموسة: المال، والتنظيم، والناس والأصوات الانتخابية والتجهيزات والمكاتب، كلها تؤثر على قدرة الجماعة على التأثير فى العملية السياسية. تأتى الأموال فى صورة تبرعات سياسية ولشراء موارد أخرى مثل الخبرة، والوصول لوسائل الإعلام، ودعم تنظيمى. يستطيع الناس توزيع الأدبيات المطبوعة، والمشاركة فى التجمعات والمظاهرات، ويساعدون فى الضغط على المسئولين الحكوميين فى قضايا سياسة بعينها. مستوى التنظيم المحدد يؤثر أيضًا نفوذ جماعة ما. الجماعات ذات البنية التحتية القائمة (مكاتب، هيئة مكتب، كهرباء، تليفون وخدماته، أجهزة فاكس، وحواسب شخصية) تمتلك ميزة ملموسة فى العملية

السياسية. فهذه الجماعات قد دفعت توًا تكاليف التحويل المالى من أجل تنظيم نفسها وتستطيع استخدام هذا الاستثمار لممارسة نفوذًا القضية المتناولة. الجماعة الجديدة، من الناحية الأخرى، عليها أن تدفع أولا تكاليف إنشاء تنظيمها الداخلي: عليها ضم أعضاء، ترتيب هيئة إدارية، تطوير أدبياتها النظرية، وبناء أنظمة عمل. تلك التكاليف تقوى الانحياز لعدم التغيير وقصور الدفع الذاتى للأنظمة السياسية، لأن الجماعات الجديدة (التى قد تنشأ بسياسات جديدة) لم تنتظم بعد للتعبير عن مصالحها والدفاع عنها.

جدول ٤,١ مصادر السلطة السياسية

ملموسة	غير ملموسة
المال	المعلومات
التنظيم	الوصول إلى الزعماء
الأفراد	الوصول إلى الإعلام
الأصوات الانتخابية	الخبرات
التجهيزات	الشرعية
المكاتب	المهارات

المجموعة الثانية من الموارد السياسية هى الموارد الغير ملموسة. هذه الموارد تتضمن المعلومات حول السياسة والمشكلة، إضافة إلى الخبرات المتعلقة بالموضوع، التى تسمح للمجموعة بتطوير موقف لنفسها. الموردان الغير ملموسان الأكثر أهمية هما: خبرة الجماعة، والشرعية. الجماعات التى يمتلك أعضاؤها سبيلاً للوصول إلى صناع القرار، سواء عبر اتصالات شخصية، أم نتيجة لمجاملات سابقة، يؤدون بشكل أفضل من أولئك الذين لا يمتلكون مثل هذه العلاقات بمراكز

القوة. قيادات الإصلاح الصحى مطلوب منهم أيضًا المهارة السياسية لإدارة عملية ممارسة الضغط. معرفة المقصد الذى عليهم الاتجاه نحوه، ولمن يتحدثون؟ وكيف يثيرون اهتمام الصحافة؟ – كل ذلك يزيد من تأثير سياسة الجماعة.

تحليل الموارد السياسية هذا يساعد على شرح سبب لعب جماعات بعينها للأدوار التى يلعبونها تلك فى صياغة شكل إصلاح القطاع الصحى. يميل الأطباء إلى كونهم أصحاب نفوذ فى هذه العملية لأنهم عادة منظمون بشكل جيد، وأثرياء، وأصحاب مهارات، وخبراء ولديهم شرعية فى نظر اللاعبين الآخرين؛ بل والأكثر، كل صانع قرار من المستويات العليا لديه طبيبه الخاص. وبالتالى، نقابة الأطباء غالبًا فى موقف جيد، يجعلها تضع قضاياها على الأجندة السياسية للنقاش، وفى موقف يمارس نفوذًا على سياسات القطاع الصحى، خصوصًا فى المسائل التى تؤثر مباشرة على مصالح الأطباء، مثل مسألة أجور مقدمى الخدمة (مارمور وتوماس ١٩٧٢). شركات الدواء الدولية غالبًا ما تمتلك نفوذًا محسوسًا بسبب مواردهم المالية واتصالاتهم السياسية، ولكنهم يميلون أيضًا إلى افتقاد التنظيمات القاعدية فى الشارع ومشروعية اجتماعية واسعة، مما يحد من قدرتهم وقوتهم فى مسائل بعينها. الجماعات فقيرة الموارد المالية وضعيفة التنظيم (مثل فقراء الريف) تواجه مصاعب وعراقيل كبرى قبل تمكنهم من بدء الدفاع عن مصالحهم بطريقة فعالة. باختصار، السلطة السياسية والموارد السياسية ليست موزعة بطريقة متساوية فى المجتمع – وهذا التوزيع يؤثر على الجانب السياسى من الإصلاح الصحى. وغالبًا ما تكون النتيجة شكل ما من أشكالية الفعل الجمعى التى ذكرناها أعلاه، وهو ما يؤدى إلى عراقيل سياسية جوهرية لعملية الإصلاح.

قيمة الأنواع المختلفة من الموارد السياسية تعتمد جزئيًا على طبيعة النظام السياسى. درجة الديموقراطية فى بلد ما، كما تجد تعبيرها فى حرية الكلام، وحرية التنظيم والاجتماع، يمكنها التأثير على أنشطة جماعة ما بطرق جوهرية. تشكل

هذه العوامل توزيع السلطة فى المجتمع وأنواع المشاركة التى تحدث فى عملية تطوير السياسة. فى العديد من البلدان النامية، جماعات المصالح ليست منظمة بشكل جيد، والنخبة التى تضع السياسة فى الحكومة تهيمن على عملية صنع القرار (جريندل وتوماس ١٩٩١). إلا أنه، بالنسبة للسياسات الصحية، جمعيات الأطباء، والنقابات المهنية وجمعيات مصنعى الدواء، غالبًا ما تمارس تأثيرًا ملموسًا على السياسات التى تؤثر على مصالحهم. أكثر من ذلك، ينمو دور المنظمات الغير حكومية فى الجدل حول السياسات فى كلٍ من البلدان النامية وعلى المستوى الدولى، فى كل أنواع سياسات الإصلاح الاقتصادى والاجتماعى (ماثيو ١٩٩٧). لهذه الأسباب، من الهام التفكير فى الطريقة التى يوزع بها النظام الصحى القائم كلاً من المنافع السياسية والاقتصادية على جماعات مصالح بعينها، والطريقة التى يحد بها هذه المنافع عن الآخرين (رايخ ١٩٩٤ أ).

كجزء من تحليلهم السياسى للجدل الدائر حول وضع السياسات، يجب نصح قادة الإصلاح الصحى بإنشاء مخزن للموارد السياسية التى يمتلكها مختلف اللاعبين. التمييز بين الموارد الملموسة، والموارد الغير ملموسة أمر مفيد لأن اللاعبين يبنون استراتيجياتهم على أساس مواردهم. ويعنى ذلك أن اللاعبين ذوى الموارد المادية الضعيفة (مثلاً، أموال وتجهيزات محدودة) سوف يستندون غالبًا إلى استراتيجية سياسية تعتمد على الموارد الغير ملموسة (مثلاً، الأعمال الاحتجاجية أو تحدى الشرعية). يجب أن تعلم مواردك السياسية الخاصة، وتبنى استراتيجيتك طبقًا لها. حتى ولو أنك تفتقد إلى الموارد المادية، تستطيع مع ذلك صياغة استراتيجية سياسية قد تمنحك دعمًا ملموسًا فى الجدل الدائر حول وضع السياسات، عن طريق الاستخدام الحكيم للرموز التى تتصل بقيم اجتماعية عريضة. ومن ناحية أخرى، اللاعبون السياسيون الأقوياء يستطيعون استخدام استراتيجيات رمزية لمنع التفكير الجدى فى قضية سياسات جديدة، بربط موقفهم فى السياسة بآراء مرتبطة بقوة بالثقافة العالمية بطرق تتحكم بها فى أجندة السياسات (كوب وروس ١٩٩٧).

تؤثر عناصر البنية السياسية أيضًا بنفوذها على ارتفاع وصعود جماعات اجتماعية مختلفة. مثلاً، فى بعض البلدان المتطورة الحملات الانتخابية وحملات السياسة القائمة المعتمدة على وسائل الإعلام هى أمور جوهرية جدًا. ذلك يزيد من نفوذ هؤلاء أصحاب الأموال، بما أن الأموال هى مصدر حيوى بالنسبة لإعلانات التلفزيون فى الجدل العلنى العام. فى البلدان التى تخلو من الانتخابات التنافسية، أو حيث تسيطر الدولة على الإذاعة والتلفزيون، تصبح النقود أقل أهمية لشراء وقت إذاعى للترويج لمواقف سياسية معينة. مع ذلك، فى نظام سياسى فاسد، تصبح النقود أكثر أهمية، غالبًا من أجل فتح طريق للوصول إلى صناع القرار أو لشراء قرار بسياسة معينة. فى النظم البرلمانية، التمثيل النسبى يمكنه دفع الزعماء السياسيين إلى إعطاء انتباه أكثر لموقف الأقلية مما تعطيه النظم التشريعية التى تعمل بنظام الرابح يكسب الدائرة الانتخابية بالأغلبية المطلقة. من الناحية الأخرى، نظام الدوائر الانتخابية بالأغلبية المطلقة يعطى ميزة للجماعات التى يتركز أعضاؤها فى مناطق جغرافية، حيث يمكنها السيطرة على مقاعد العدد المرجح. ولكن تلك النظم تخلق أيضًا عقبات أمام نفوذ الجماعات المبعثرة أعضائها خصوصًا الملتزمين منهم (التى تمتلك تأثيرًا أكبر فى ظل التمثيل النسبى).

دور الجماعة فى النمط القائم على التنافس السياسى يستطيع التأثير على نفوذ الجماعة. هناك فرقًا مهمًا بين الجماعة ذات القاعدة والجماعة "المتأرجحة". الجماعة المتأرجحة هى الجماعة التى قد تعطى صوتها لحزب ما من الأحزاب فى الانتخابات، أو كتلة نيابية قد تكون مع أو ضد الحكومة. الجماعة ذات القاعدة، على العكس من ذلك، هى عضو ثابت فى جمهور الداعمين للحزب.

السؤال الاستراتيجى بالنسبة للعديد من جماعات المصالح هو كيف نقوم بترغيب الائتلاف الحاكم حتى ينتبه لآراء الجماعة. فى بعض الحالات، قد تسعى جماعة مصالح ما إلى الاحتفاظ بولائها متأرجحًا، من أجل إغراء الأحزاب

المتنافسة بطرق أبوابها من أجل كسبها إلى صف هذه الأحزاب. مثلاً، قد يقرر أصحاب مصالح قوية فى قطاع الرعاية الصحية المساهمة بشدة فى كلا الحزبين السياسيين. من الناحية الأخرى، يسعى القادة السياسيون إلى توسيع التأييد السياسى بالاعتماد على دعم مخلص من جماعاتهم ذات القواعد بينما يحاولون فى نفس الوقت جذب ولاءات مشروطة من الجماعات المتأرجحة. إلا أن التوسع المبالغ فيه لجذب جماعات متأرجحة؛ قد يهدد الدعم القائم من الجماعات ذات القاعدة، مما يغرى رجل السياسة بالتراجع. أحد الأمثلة على ذلك هى جهود رئيس الوزراء الهندى آتال بيهارى فاجبايى، فى مارس ٢٠٠٢، لاسترضاء القوميين الهندوس، الذين يشكلون القاعدة المؤيدة لحزبه بهاراتيا جاناتا حول قضية بناء معبد هندوسى فى موقع مسجد إسلامى سابق فى ايوديا، بينما يحاول فى نفس الوقت جذب الجماعات المتأرجحة التى تشمل حلفاء علمانيين داخل حكومته، وأصوات الناخبين المسلمين (دوجين ٢٠٠٢).

وهكذا تستخدم جماعات المصالح دورها فى النظام السياسى كموارد تسعى للحصول على تنازلات من السياسيين سواء فى الائتلاف الحاكم أو المعارضة. أثناء الانتخابات، ربما تستطيع الجماعات الحصول على التنازلات أو الوعود فى سياسات وهو ما يصعب الحصول عليه فى الظروف المعتادة. لذلك توفر الانتخابات فرصاً للجماعات الضعيفة نسبيًا من أجل توسيع نفوذها فى قضايا السياسات الصحية، مثل توزيع المنشآت الصحية أو القدرة على الوصول إلى الخدمة الصحية. أكثر من ذلك، من الممكن أن الصراع السياسى الدائر فى بلد ما، أو أزمة اقتصادية، أن تغير من توزيع القوى، وتقدم فرصًا لجماعات المصالح وممثلى البيروقراطية، لصياغة شكل القرارات المتخذة فى مجال سياسات القطاع الصحى.

معرفة الموارد السياسية لجماعة ما لا يمكن المرء من التنبؤ بما إذا كانت هذه الموارد سوف تستخدم أم لا وكذلك طريقة استخدامها. لذلك يحتاج تحليل الأطراف أصحاب المصلحة أن يقدر الطريقة التى ترى بها كل جماعة قضية السياسة، وما هى مواقفها؟

الخطوة الأولى هى وزن مصالح الجماعة. قد لا يكون ذلك واضحًا، حتى للجماعة نفسها، وليس بالضرورة أن جماعة ما تسير فى طريق يحقق مصلحتها نفسها. ولكن فى حالات عديدة، تصوغ المصالح شكل المواقف تجاه سياسة ما. على سبيل المثال، معرفة أن دخول الأطباء سوف تنقص فى ظل خطة دفع ما يرجح بشدة أن الجمعيات الطبية سوف تعارض هذه الخطة غالبًا. العواقب الاقتصادية المتوقعة لسياسة ما غالبًا ما تحدد المواقف السياسية حول هذه السياسة.

من الهام أيضًا فحص المواقف التى يتخذها اللاعبون علنًا. هل تتفق المواقف مع مصالحهم كما فهمتها؟ إذا كانت الإجابة لا، كيف يمكن توضيح مثل هذا التفاوت؟ هل لأن بعض الجماعات تقع فى اضطراب، أو لأن بعض الجماعات تتخذ مواقف تكتيكية؟ أو لأنهم يعرفون شيئًا ما أنت لا تعرفه؟ وقد تنشأ الاختلافات أيضًا بين المواقف العلنية، والمواقف الخاصة، بين ما تقول الجماعة أنها سوف تفعله وبين ما تفعله فعلاً. فى بعض الحالات، الأيدولوجيا السياسية عامل مهم للتنبؤ بموقف اللاعب فى قضية إصلاح القطاع الصحى. مثلاً، تبنى نظام بينوشيه فى تشيلى تغييرات كبرى فى السياسة الصحية، منسجمة مع توجهاته المنحازة لاقتصاد السوق فى السياسات العامة (خيمينيز دى لا جارا وبوصير ١٩٩٥). فى حالات أخرى، قد لا تكون الايدولوجيا مؤشرًا جيد لتوقع المواقف، حيث إن الفعل السياسى غالبًا ما يتضمن كلاً من مصلحة واستعداد المقايضة والتراضى إضافة إلى

المبادئ. مثلا، فى كوستاريكا، رحبت النقابات والشيوعيون بدعم بعض الجهود لخصخصة الضمان الاجتماعى، من أجل إدخال المنافسة وجعل البيروقراطية أكثر اهتمامًا بكفاءة وجودة الأداء (راميريز وآخرون ١٩٩٨).

كجزء من هذا التحليل، نحتاج أيضًا إلى وصف مدى شدة الموقف الراهن لكل جماعة حول قضية ما. كم من الموارد المتاحة لها ترحب الجماعة باستخدامها للترويج لموقفها؟ مثلاً، كم من الوقت يرصده زعيم الجماعة فى هذه القضية؟ هل تنفق الجماعة نصيبًا ملموسًا من مواردها المالية فى هذه القضية؟ هل هذه القضية تلتزم الجماعة كاملا بالقتال من أجلها، أم أنها مجرد جزء من رسالتها، أم أن الالتزام بها التزامًا خجولاً، ترصد له موارد أقل كثافة، بل إنه أشبه "بمجرد السير مع التيار"؟

تطوير استراتيجيات سياسية فعالة، يتطلب فهمًا للأسباب التى تقف وراء اتخاذ الجماعات الأساسية لمواقفها. هنا نموذجان فرضيان. الأول، افترض وزارة المالية تعارض زيادة فى الضرائب على التبغ مقصود بها دعم الرعاية الصحية فى الريف. هل يعود ذلك لرد فعل بيروقراطى صرف، أو لأن ذلك يرجع إلى أن وزير المالية ينوى استخدام حصيلة هذه الضريبة فى بدائل خاصة مختلفة؟ ولو أن السبب الأخير هو الصحيح، ما هو قدر أهمية السبب الآخر بالنسبة لوزير المالية؟ تصرف الوزير بناءً على رغبة فى العموم لحماية مظهر سياساته؛ يفرض مشكلة سياسية مختلفة عن وزير ملتزم بقوة ببرنامج بديل. فى مثال ثانى، افترض جمعية طبية تعارض بقوة جدول جديد لرسوم خطة التأمين الصحى القومية. هل يعود ذلك إلى أن معظم أعضائها على نحو فريد يفهمون ويعارضون النظام الجديد، أم أنها جماعة صغيرة من الأخصائيين ذوى الدخول العالية يقودون هذه المعارضة؟ ولو أنه الأمر الأخير، قد يكون زعيم الجمعية على استعداد لعمل احتجاج رمزى لإرضاء ناخبيه، وربما هم

سيقبلون بصفقة لو أن معظم أعضاء الجمعية أمكن حمايتهم من الأثر الضار لهذه القرارات. من ناحية أخرى، لو أن رئيس الجمعية يقود المعارضة لهذه السياسة، قد يكون من الصعب تغيير الموقف الرسمى طالما أن هذا الشخص ظل فى منصبه، أو إذا لم يكن لهذا الشخص مطلبًا خاصًا يمكن تلبيته.

لذلك كثافة حشد وتعبئة الجماعة، تعتمد فى جزء منها على الكيفية التى من المتوقع أن تؤثر بها السياسة على مصالح الجماعة، والصورة التى سوف يدركون بها تلك العواقب المتوقعة. القرارات التى ندرك بشكل جيد أنها سوف تؤثر على جماعات جيدة التنظيم (خصوصًا تلك الجماعات ذات العدد الصغير من الأعضاء الملتزمين بشدة) غالبًا ما تؤدى إلى حشد وتعبئة أعلى. مثلاً، سياسة حكومة ما للحد من واردات العقاقير غالية الثمن من خلال سياسة قائمة للأدوية الأساسية، من المحتمل أن تؤدى إلى معارضة قوية من شركات الدولية متعددة الجنسيات وشركائهم الصناعيين. من ناحية أخرى، القرارات التى تأخذ صورة أن لها تأثير هامشى على أعضاء جماعات فقيرة التنظيم، قد لا ينتج عنها حشد وتعبئة كبيرة. مثلاً، سياسة ما لزيادة رسوم مقابل الخدمة للمرضى الذين يستخدمون هذه الخدمة فى عيادات المناطق الريفية. قد لا ينتج ضدها احتجاجات من المرضى فى المناطق الريفية.

قد تكون مواقف الأحزاب السياسية الكبرى حاسمة فى قضية إصلاح القطاع الصحى. ولأن الأحزاب عبارة عن ائتلافات، فإن المقايضة هى جزء من جوهر عملية تنمية البرامج والمواقف. ولو أن الحزب قد احتضن توًا إصلاح القطاع الصحى بوصفه أولوية فى أجندته، فكثير من العمل إذًا بالنسبة للمدافعين عن الإصلاح قد تم إنجازه فعلاً. استخدام الأحزاب للمساعدة فى إدارة قضية الجانب السياسى من الإصلاح الصحى، يمثل دائمًا اختيارًا يؤخذ فى الاعتبار عند تطوير الاستراتيجيات السياسية، وهو الموضوع الذى سوف نناقشه تاليًا.

كيف يستطيع قادة الإصلاح الصحى تطوير استراتيجيات سياسية تساعد على بناء ائتلاف رابح؟ لاحظنا أعلاه أن الجدوى السياسية لإصلاح القطاع الصحى (والإصلاح السياسى بشكل أكثر عمومية) يتشكل بمواقف اللاعبين، وسلطة كل لاعب، وعدد اللاعبين الذين تم حشدهم وتعبئتهم، والصورة المحسوسة للمشكلة والحل. يحتاج المدافعون عن الإصلاح إلى استراتيجيات سياسية لإدارة كل من هذه العوامل من أجل زيادة احتمال إقرار خطتهم للإصلاح وتنفيذها. فيما يلى أدناه نتدبر أمر أربعة مجموعات من الاستراتيجيات السياسية للإصلاح.

استراتيجيات الموقف: المقايضة (أو عقد الصفقات) من أجل تغيير مواقف اللاعبين

المجموعة الأولى من الاستراتيجيات السياسية تتضمن المقايضة فى إطار التوزيع الراهن للسلطة من أجل تغيير موقف اللاعبين. وقد يشمل هذا الصفقات والوعود وتقديم المقابل والتهديدات.

مقاربتنا تستهدف تغيير عنصر معين من عناصر السياسة لتحريك مواقف مزيد من اللاعبين الأساسيين أكثر قربا فى صف الإصلاح، أو لتبديل مواقعهم، أو لتقليل معارضتهم. ربما يوافق وزير المالية على إلا يعارض مقترح ضرائب أعلى على السجائر لصالح الرعاية الصحية فى الريف، لو أن جزءًا من العائد استخدم لصالح الرعاية الصحية والبقية توجه لأغراض حكومية أخرى (ومن الممكن تتضمن مشروعات الوزير الشخصية). أو، فى مثال آخر، افترض أن بلدًا ما تقترح تغيير من الدفع مقابل اليوم إلى دفع مقابل دخول المستشفى. ربما لن يعارض ملاك المستشفيات الخاصة نظام الدفع الجديد، هذا لو أنه فى الثلاث سنوات الأولى، صدر قانون يضمن ألا تخسر مؤسسة عوائد هذه الفترة.

النوع الثانى من المقايضة يتضمن تبادل المنافع ما بين القضايا، فالتعاون فى قضية مقابل تقديم بعض التنازل فى قضية مختلفة. "إمساك رول القضايا" هذا أمر طبيعى فى العديد من حالات العمل السياسى. لو تقبل جمعية الأطباء بخطط الرسوم الجديدة، ربما توافق الوزارة على قبول قيود جديدة على عدد الأطباء الذين يستطيعون ممارسة المهنة فى المناطق المزدحمة (أى المرغوبة فى العمل). أو افترض أن الحكم المحلى طلب من الحكومة المركزية أن تتحمل مسئولية مستشفيات الإقليم ذات الأوضاع المالية السيئة – فى المقابل، ربما يعرضون قبول صيغة مختلفة لتقسيم عوائد الضرائب القومية حتى يزداد نصيب الحكومة المركزية منها. بينما يتم تبادل المنفعة فى هذه الأمثلة فى قضايا مرتبطة بعضها البعض، فربما لا يكون ذلك هو الحال. ربما تقبل النقابات زيادة فى الضرائب على الأجور لدعم خطط التأمين الصحى، لو وعدت الحكومة ببذل جهود أخرى لزيادة فرص الوظائف أجمالاً.

من الممكن أن تتضمن المقايضة تهديدات إضافة إلى الوعود: قد يهدد الأطباء بعمل إضراب لو لم تزيد مرتباتهم؛ قد يهدد المستهلكون بالتظاهر لو أن مزايا الرعاية الصحية التى يحصلون عليها تعرضت للتخفيض؛ قد تهدد شركات الدواء بإغلاق مصانعها لو نفذت البلاد خطط السيطرة على الأسعار. أحياناً ما يأخذ التهديد شكل إيقاف التعاون على سبيل المثال، أصحاب الأعمال الصغيرة ربما يقولون أنهم سوف يرفضون تقديم تقارير عن مكاسبهم، وأنهم سوف يتوقفون عن دفع الضرائب على هذه الأرباح الناتجة عن خطط التأمين الصحى الجديدة إذا لم يخفض سقف مساهماتهم الإجمالية.

التخطيط لعملية مقايضة فعالة لتغيير مواقف اللاعبين الرئيسيين يتطلب الذكاء، والمهارة، والتجربة، والخطأ. مهارات التفاوض وتسوية النزاعات، هى مهارات هامة على نحو خاص بالنسبة لهذه الاستراتيجيات. اكتشاف المطلوب

لتغيير موقف اللاعب قد يتطلب عرض أو تهديد فعلى. قد تتضمن المقايضة تعديل محتوى السياسة؛ فى هذه الحالة، قيادة الإصلاح الصحى يجب عليها تحديد الطريقة التى يتحكم بها التغيير فى الفعالية المتوقعة للسياسة. التراضى الذى ينتج عنه ائتلافا مدعمًا ولكنه ينسف الهدف الكلى من الإصلاح. قد يخلق إصلاحًا ذا جدوى سياسية، ولكنه فنيًا غير فعال أو حتى عقيم. لبعض الناس الذين يهتمون بالنتائج (مثل أهداف الأداء التى ننادى بها)، هذا النوع من التراضى لن يكون صفقة طيبة.

استراتيجيات السلطة: توزيع موارد السلطة لدعم الأصدقاء وإضعاف الأعداء

المجموعة الثانية من الاستراتيجيات السياسية توضع لتغيير توزيع السلطة بين اللاعبين الأساسيين. حيث إن تأثير الجماعة على عملية تطوير السياسة تعتمد جزئيًا على مواردها، والمدافعون عن الإصلاح يمكنهم تبنى استراتيجيات لتحفيز الموارد السياسية الملموسة، والغير ملموسة لمناصرى الإصلاح، وتقليل تلك الموارد عند الخصوم. هنا بعض الأمثلة:

- امنح أو اقرض بعض المساعدين، أو الأموال، أو المنشآت التى تدعم الإصلاح.
- زود بالمعلومات والتعليم المناصرين من أجل زيادة خبراتهم.
- أعط للحلفاء سبل موسعة لممارسة نفوذًا على صناع القرار الرئيسيين.

يستطيع الاستراتيجى السياسى الصارم أن يفعل نفس الشىء أيضًا – العكس – مع الخصوم.

- قلل من موارد الخصوم، بحث الناس على عدم المساهمة، وعدم العمل لصالحهم؛ قم بذلك عن طريق الهجوم على شرعية الجماعة، وشرفها، ودوافعها.

- ارفض التعاون مع الخصوم، مثلاً، بعدم تزويدهم بمعلومات، وحافظ على جهلهم بالموضوع وكونهم خارج الحلبة.
- قلل من فرص وصول الخصوم لصناع القرار الأساسيين.
- اطلب بإلحاح من وسائل الإعلام عدم تغطية الخصوم، صفهم بأنهم غير خبراء ومحترفين، ذوى مصالح ذاتية، وبعدم الولاء، الخ.

قد لا تكون استراتيجيات السلطة هذه فعالة، أو أخلاقية فى كل الحالات. القائمة أعلاه توضح بعض الأمثلة من هذا النوع للتحرك الذى يتوجه مستهدفًا السلطة التى قد يفكر بها الاستراتيجى، أكثر من كونها قائمة تقبل بالمزيد لما يجب القيام به. اتخاذ القرار بأى نوع من استراتيجيات السلطة نختار، يتطلب تقديرًا لأوزان اللاعبين المشاركين فى الإصلاح الصحى (سواء مع أو ضد)، ونوع موارد السلطة المتاحة لمناصرى الإصلاح الصحى، والحكم فيما يكونه الأثر المرجح لاستراتيجيات السلطة المختلفة على لاعبين بعينهم.

استراتيجيات اللاعبين: تغيير عدد اللاعبين بخلق أصدقاء جدد ودفع الخصوم للإحجام.

يستطيع مناصرو الإصلاح التفكير أيضًا فى الاستراتيجيات السياسية التى تحاول تغيير مجموعة الأصدقاء والأعداء. تسعى هذه الاستراتيجيات إلى حشد وتعبئة اللاعبين، الذين لم ينتظموا بعد فى منظمات، أو إحباط اللاعبين المعارضين المنظمين فعلاً. والمقصود هو تغيير التوازن للاعبين المنظمين، بتجنيد لاعبين سياسيين لصالح الإصلاح الصحى، وتقليل عدد اللاعبين من الخصوم. عدد اللاعبين والتوازن فيما بينهم فى الجدل حول السياسات هى عوامل رئيسية فى الجدوى السياسية (سكاتس شنايدر ١٩٦٠).

حشد وتعبئة الجماعات، يتطلب إقناع الناس أنهم سوف يدفعون تكلفة ليست بالهينة حتى ينخرطوا فى قضية تجاهلوها طويلاً، أو يدفعوا تكلفة ذات وزن لتشكيل جماعة جديدة. أحيانا، حشد وتعبئة جماعة لم تكن منخرطة من قبل فى القضية قد يتطلب ببساطة جذب انتباه الجماعة إلى القضية – فور ما تعرف الجماعة ماذا يدور، ربما تقرر أن تتخذ موقفا. لو أن طلاب الطب فى أمة ما لم تبدأ بعد الاحتجاج ضد زيادة الرسوم الدراسية المقترحة، ربما يكون السبب أنهم لم يسمعوا بعد بهذا الأمر. إعلام جماعات الطلاب (أو زعمائهم) بهذه المقترحات وعواقبها ربما يكون كافيًا لحشد وتعبئة الطلاب كجماعة مناصرة. ولكن، الفصائل المتنافسة داخل الجماعة قد يكون لها آراء متباينة حول مصالح الجماعة ومبادئها ونتائج السياسات عليهم، ولذلك، ربما يتخذون مواقف مختلفة حول السياسة، مما يجعل من تعبئتهم وحشدهم ككل أمرًا صعبًا.

حشد وتعبئة هؤلاء الغير منظمين أمر أكثر تعقيدا، لأنه فى الغالب يتطلب موارد ملموسة لتنفيذ ذلك (وقتًا ومالاً) لخلق تنظيم يمكنه عندئذ الانضمام إلى الجدل حول السياسة. مثلاً، قد يكون العمال مهتمون بنتائج خطط تأمين صحى قطاع خاص جديدة، ولكن لو أنهم ليسوا منظمين بعد كنقابة، أو اتحاد ربما يكون من الصعب بالنسبة لهم تطوير رأيا جماعيًا حول السياسة المقترحة (وأثرها المحتمل على مبالغ الاشتراكات الأولية، ورسوم الخدمات) ويصبح من الصعب بالنسبة لهم القيام بالتحرك لحماية مصالحهم.

كذلك فض تعبئة وحشد جماعة اتخذت موقفًا علنيًا ليس بالأمر السهل، لأسباب حفظ "ماء الوجه" والمصالح. فى بعض الحالات، ربما تزحزح جماعة موقفها بعد مناقشة مصالحها الرئيسية، التى تكون فرصة لتقديم شرح إلى الجماعة، كيف أن مصائرها فى القضية سوف تختلف عما كانوا يعتقدونه، وأن قضايا أخرى هى الأهم بالنسبة لها.

يجب أن تضع قيادات الإصلاح فى اعتبارها أيضًا إمكانيات حشد وتعبئة، أو إبعاد الزعماء السياسيين. بالنسبة للزعماء السياسيين، منطق الخطاب الموجه لهم غالبًا هو مزيج من اعتبارات المصلحة الذاتية، والشأن العام. أظهر لهم كيف أنهم بدعمهم لك (أو بمعارضتهم لك) سوف يكون ميزة سياسية (أو ضرر سياسى) لهم، ولماذا هى ميزة (أو ضرر) لهم أن يتدخلوا فى القضية.

منطق الخطاب الذى يقوم على الميزات حول الصالح العام، قد يكون فى بعض الأحيان بنفس قوة منطق الخطاب القائم على المصالح السياسية. هنا مثال نمطي: "أيها النائب المحترم، أنا أعرف أن دائرتك الانتخابية تريدك القيام بذلك، ولكنهم يتمتعون بقصر نظر. سوف تؤثر هذه السياسة على الأمة بهذه الآثار السلبية بالأشكال الآتية... لذا، ربما أنت تحتاج إلى أن تلقى خطابًا مرة أو اثنتين ضد هذا الموضوع؛ لمصلحة الناس فى منطقتك، ولكن فى نفس الوقت ليست هناك حاجة إلى النشاط بقوة ضدنا فى هذه القضية".

وعلى الجانب السلبى، من الهام التفكير فى الطريقة التى تفرق أو تهدم بها الائتلافات التى تعارضك. افترض أن الجمعية الطبية قد قررت معارضة خطة تأمين جديدة؛ لأنها سوف تحد من مدفوعات الخدمات العالية التكلفة، والتى سوف تؤثر سلبًا على دخول بعض الأطباء. ربما يكون من الممكن إقناع الأطباء الذين يقدمون الرعاية الأولية بتغيير مواقفهم ومناصرة الخطة، وبذلك تفرق بين أعضاء الجمعية الطبية. لو أن نستطيع إقناع أطباء الرعاية الأولية برؤية مصالحهم فى ضوء مختلف.

السبيل الأخير لتغيير عدد وميزان اللاعبون النشطون، هو تغيير ميدان اتخاذ القرار. فتحريك اتخاذ القرار من السلطة التنفيذية إلى السلطة التشريعية، مثلاً، قد يسمح لأنصار الإصلاح بحشد جماعات جديدة من السياسيين، أو الالتفاف حول عدد من العقبات المعينة للإصلاح. حدث هذا فى كولومبيا، عندما أصبح وزير الصحة هناك

غير قادر على وضع الإصلاح الصحى على أجندة السلطة التنفيذية؛ لأن أولويات الرئيس كانت إصلاح نظام المعاشات (جونزاليز-روستى وراميرز ٢٠٠٠).

تحويل ميدان السياسة - مع ذلك - قد يكون له عواقب غير متوقعة. مثلاً، عندما رفعت ٤٠ شركة من شركات الدواء قضية قانونية أمام المحاكم متحدية قانون الدواء فى جنوب أفريقيا، ساعية لحماية حقوق ملكيتها الفكرية لأدوية مرض الإيدز، حرك النشطاء المنظمات الغير حكومية حول العالم فى معارضة لهذه القضية المرفوعة وضد جهود الحكومة الأمريكية لتغيير القانون (بوند ١٩٩٩). سحبت شركات الدواء القضية فعليًا، وغيرت حكومة الولايات المتحدة مواقفها فى هذه السياسة. فى هذه الواقعة، أخطأت الشركات الحساب، ليس فى منطق الدفوع القضائية، ولكن بمنطق الحشد، والتعبئة السياسى والرأى العام وقدرتهم على منع هذه الشركات من تسوية القضية فى ميدان القضاء والقانون الصرف.

استراتيجيات الفهم العام: تغيير الصورة المحسوسة للمشكلة والحل

وقد ناقشنا الاستراتيجية السياسية مع التركيز على الأطراف صاحبة المصلحة: اللاعبون، وقوتهم، ومواقفهم. فى عديد من السياقات، هذه المقاربة قد تصبح المقاربة الأكثر فائدة، والأكثر عملية. مثلاً، فى نظام الحزب الواحد، معظم التنافس السياسى فى مثل هذه القضايا سوف يكون بين جماعات مصالح جيدة التنظيم وبين لاعبين بيروقراطيين راسخين، تتم فى إطار محدود من عمليات النصح والمشورة. فى مثل هذه الأوضاع اللجوء المباشر إلى الجمهور، قد لا يمارس نفوذاً على صناع القرار السياسيين. ولكن فى نظم سياسية تنافسية منفتحة، اللجوء إلى الرأى العام من خلال وسائل الإعلام، وإلى جماعات نوعية مستهدفة بعينها، يمكنه أن يغير الإحساس العام بقضية ما. هذه المقاربة قد تكون استراتيجية سياسية فعالة للتأثير على الزعماء البيروقراطيين والسياسيين، إضافة إلى جموع الجماهير. حتى

فى النظم السياسية المغلقة نسبيًا، تغيير إطار قضية ما يمكنه أن يغير من مواقف وسلطة لاعبين أساسيين؛ وبذلك يؤثر على الجدوى السياسية من الإصلاح.

الاستراتيجيات السياسية الموجهة إلى الانطباعات العامة والمشاعر تسعى لتغيير الطريقة التى يفكر بها الناس والتى يتحدثون بها عن مشكلة سياسات ما. كيف يتم تحديد تعريف للمشكلة ووضع إطار لها؟، وأى قيم مطروحة (ماجون ١٩٨٩). الانطباعات العامة عن قضية ما تتأثر أيضا بكيفية اتصالها (أو عدم اتصالها) لرموز قومية هامة: هل هذا الإصلاح يخطو للتقدم بهوية الأمة بطريقة جوهرية ما؟ هذا الاتصال قد يؤثر على الأولوية المعطاة للقضية فى أجندة سياسات البلد.

تتعلق استراتيجيات الفهم العام بالطريقة التى يعمل بها العقل البشرى. يضطرب البشر غالبًا عند محاولتهم الإلمام بأوضاع معقدة، ويسعون إلى أشكال أبسط لعقلنة الحقيقة المتضاربة التفاصيل (سيمون ١٩٥٧). وهذا صحيح على نحو خاص فى أوضاع تكون فيها الحقائق مركبة، والنتائج غير مؤكدة، والأهداف متضاربة – وكل ذلك ينطبق على قضية إصلاح قطاع الصحة. فى مثل هذه الحالات، يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى إلى إدارة التعامل مع الطريقة التى يشعر بها الرأى العام مع قضايا الصحة على تنوعها، لأنهم بذلك يغيرون الطريقة التى يشعر بها الناس بالمشاكل، وأى حلول يراها الناس مقبولة. فى المركز من الجدال السياسى، هناك نزاع حول معانى الصور والكلمات، رموز الإصلاح السياسى (ايدلمان ١٩٧٧). كيف يتم توصيف المشكلة؟ وكيف توصف الاختيارات؟ وما هو الإطار الذى توضع فيه المشكلة؟

تأمل هذا المثال. بلد يقترح إدخال تأمين صحى قطاع خاص، يسمح للمواطنين بسحب اشتراكاتهم من خطط التأمين الوطنى الاحتكارية. الخصوم يسمون هذا الاقتراح بأنه "خصخصة"، انهيار كارثى فى التضامن الاجتماعى، وخسارة للحماية، حيث إن التغطية فى ظل هذا التأمين الجديد سوف تنقص فى أول

وهلة طوال جيل واحد. من الجانب الآخر، يصف المؤيدون هذا التغيير كمزيد من الاختيارات بالنسبة للأفراد المشتركين فى النظم التأمينية، وتحدى لبيروقراطية الدولة سيئة الأداء. سوف يرى اللاعبون الرئيسيون وعموم الجمهور هذا المقترح الإصلاحى بصور مختلفة بشكل صارخ، بناءً على ما يشيع من صيغ. باختصار، إعادة وضع إطار للقضية يمكنه أن يغير الظروف السياسية بطرق هامة، ومع عواقب ذات وزن بالنسبة لمن احتشد من اللاعبين، ولسلطتهم ولمواقفهم وبالنسبة لجدوى الإصلاح.

كيف يغير المرء مشاعر الجمهور إزاء قضية ما؟ هناك احتمالات متنوعة، يستطيع المرء أن يجادل فى الحقائق والمبادئ، ويعيد وضع إطار القضية، ويسعى لتحديد رموز أساسية ترتبط بالقضية. مثلاً، المؤيد سوف يجادل بأن تعريف الخصوم للمشكلة يقوم على معلومات ناقصة، وأن المشكلة ليست على هذه الدرجة من الأهمية مقارنة بالأولويات القومية الأخرى، وأن لا جدوى من تسوية المشكلة بتكلفة معقولة، أو أن المشكلة يجب اعتبارها شأنًا خاصًا وليس عامًا. التقاط بعض المواطنين بوصفهم ضحايا قوى اجتماعية شرهة يمكن أن يمثل طريقة فعالة فى إعادة تشكيل إطار الجدل الجماهيرى وتبديل الميزان السياسى. استثارة رموز قومية هامة يمكنه أن يكون أسلوبًا فنيًا آخر (مثل شخصيات سياسية تنال الاحترام الواسع أو مغنى له شعبية كبيرة)، من أجل ربط السياسة المقترحة بالقيم الاجتماعية المقبولة بشكل أوسع. التعبئة السياسية تتعلق بالمشاعر جنبًا إلى جنب الترويج لإصلاح القطاع الصحى. من الممكن أيضًا استخدام الاستراتيجيات التى تقوم على استشفاف القيم الاجتماعية الجوهرية، كما ظهر فى الجدل الذى دار حول خطة الرئيس كلينتون للإصلاح الصحى فى الولايات المتحدة أوائل التسعينات. أنتج خصوم إصلاح كلينتون سلسلة من الإعلانات التجارية التلفزيونية حول "هارى ولويزا"، شخصيتان خياليتان لزوج وزوجة من الطبقة الوسطى، يقدمان خطة كلينتون بوصفها تهديد لحياتهم. هذه الإعلانات برعاية صناعة التأمين الصحى، أثارت مخاوف عميقة من

أن خطة كلينتون تحد من حرية الاختيار داخل التأمين الصحى القائم، وتؤدى إلى نظام صحى "تديره الحكومة" (جونسون وبرودر ١٩٩٦، ١٦). هذه الحملة اتصلت بقيم اجتماعية عميقة فى وعى الطبقة الوسطى الأمريكية، التى تتضمن مشاعر مناهضة للحكومات، والمخاوف من تآكل مستوى معيشتهم.

وعلى النقيض، المؤيدون لخطة كلينتون فشلوا فى ميدان المشاعر العامة. مقترح الإصلاح كان على درجة من التعقيد، تحدت أى محاولة لتبسيط أفكاره (ستار ١٩٩٥). على سبيل المثال، تضمن المقترح مؤسسات جديدة للتنافس المنظم كان يسمى فى البداية "تعاونيات شراء التأمين الصحى" أو HIPCs – فكرة قلة من الناس تستطيع فهمها، أو حتى نطقها، أو تذكرها. أعيد تسمية هذه المؤسسات باسم "تحالف الصحة"، وكانت رنتها على الأذن ألطف، ولكنها مع ذلك ظلت مبهمة عند معظم الناس. وفوق كل ذلك، فشل أنصار الإصلاح فى إيجاد رموز فعالة لشرح الطريقة التى سوف يعمل بها النظام الجديد، أو أى سياسة سوف تنجز ذلك، أو كيف ستروج هذه الخطة للقيم الاجتماعية الجوهرية. وكما عبر فيما بعد أحد التكنوقراط الكبار، "لم يستطع العديد من الناس فهم ما قدمناه من اقتراحات. كانت هناك أجزاء عديدة جدًا، وأفكار جديدة عديدة جدًا، حتى عديدة بالنسبة للكثير من خبراء السياسات للدرجة التى يستطيعون الإمساك بها" (ستار ١٩٩٥، ٢٥).

القائمون على الإصلاح، وقد تلقوا تدريبات على المهارات الفنية، غالبًا ما يلاقون صعوبة فى تخطيط الاستراتيجيات السياسية؛ لتشكيل الوعى العام وانطباعاته، وغالبًا هم غير مجهزون لتنفيذ هذه الاستراتيجيات. ولكن استراتيجيات الانطباعات العامة هذه هى جزء لا غنى عنه من الاستراتيجيات السياسية الكلية من أجل الترويج لإصلاح القطاع الصحى. لو أهمل أنصار الإصلاح ميدان استراتيجيات، الانطباعات العامة هذا، فمن المرجح أنهم سوف يواجهون هذه الاستراتيجيات، وقد خططها ضدهم خصومهم.

تشمل العديد من الاستراتيجيات السياسية عملية التفاوض. فى السنوات الأخيرة، الأبحاث المنهجية على مثل هذه العمليات حددت أساليب لإجراء عملية التفاوض بنجاح. هنا بشكل موجز نراجع دروس للتفاوض المرتبط بإصلاح القطاع الصحى.

النقطة الأولى هى أن "التفاوض غالبًا ما يكون ناجحًا عندما يكون مبنيًّا على نتيجة انتصار الطرفين" أكثر من بنائه على أساس طرف منتصر وآخر مهزوم. التحدى الأساسى فى التفاوض، هو البحث عن حلول "تخلق قيم"؛ حتى يرحب العدد الكافى من المشاركين فى العملية بتأييد الصفقة، مما ينتج عنها حالة انتصار للطرفين (فيشر وأورى ١٩٨١، ٧٣). المقاربة المضادة "أنا انتصر، أنت تخسر" تمثل مفاوضات "انقسام القيم"، التى تزيد من حدة الاختلاف، وتجعل من الاتفاق أمر أكثر صعوبة. فى مناقشتنا عن استراتيجيات المقايضة أعلاه، أعطينا العديد من الأمثلة للترتيب الذى يقوم به المؤيدون لتحسين الوضع الراهن، وحقق فيه الخصوم المحتملون أيضا مكاسب. مثلاً، لو خلقت خطة الإصلاح مصادر عوائد جديدة، فمن ثم يمكن تقسيم هذه المكاسب المحتملة لتوسع أرضية وضع انتصار الطرفين المفترض. **فى مصر، خطة تأمين صحى حكومى جديدة لطلبة المدارس، تم تمويلها بشكل أكبر من ضريبة جديدة على السجائر، وهو ما جعل المقترح مقبولاً لسياسيين رئيسيين فى البرلمان، فقد كانوا مهمومين بأثر رسوم الاشتراك التأمينية على العائلات الفقيرة فى الريف ذات العدد الكبير من الأطفال، وأثر ذلك على قضية الإنصاف (ناندا كومار وآخرون ٢٠٠٠)**. بالطبع، اكتشاف مصادر عوائد جديدة ليس ممكنا دائمًا، والظفر بائتلاف ليس معناها أنك يجب أن تضم إليه الجميع. من الناحية الأخرى، صياغة القضية بشروط منتصر-مهزوم يمكنه أن يدفع مؤيدين محتملين إلى وضع المعارضة النشيطة.

الدرس الثانى فى موضوع التفاوض، فى السعى إلى اتفاق غالب-غالب، هو "الاستجابة إلى المصالح الحقيقية للأطراف الأخرى، وليس للمواقف التى تصادف أنهم اتخذوها" (فيشر وأورى ١٩٨١، ٤١). فوق كل شىء، الموقف قد يكون إعلانا خططوا له لتحقيق ميزة فى المفاوضات. قد تقول المستشفيات فى بلد ما أنها لن تقبل أبدًا مسئولية الميزانية، ولكن معارضتهم لهذه الفكرة قد تعتمد على افتقادهم لسلطة إدارة نفقاتهم الخاصة – مثلاً، بخصوص تعيين موظفين وفصلهم. لو يعرف المفاوض تجميع سلطات موسعة للإدارة الذاتية، مع مسئولية الميزانية، سوف تكون فى مصلحة المستشفيات، فمن ثم عرض هذه الصفقة على المستشفيات قد تأتى بهم إلى صف دعم هذا الائتلاف.

الدرس الثالث هو أن "بعض أشكال صراع انقسام القيم قد لا يمكن تجنبه". على سبيل المثال – بغض النظر عن الطريقة التى يعيد بها المرء وضع إطار للقضية، الأطباء قد يريدون مزيد من مقابل الخدمة، بينما وزير الصحة يريد أن يدفع لهم أقل (بسبب ضغوط من وزير المالية). فى مثل هذه الحالة، أحد المقاربات هو استبدال مواجهة نوعية محددة بمفاوضات قائمة على أساس المبدأ، يحاول فيها الأطراف الاتفاق مقدما على مجموعة من المبادئ التى سوف يستخدمونها لتسوية الاختلاف قبل التعامل مع المشكلة بالتفصيل (فيشر وأورى ١٩٨١، ٨٤). مثلاً، ربما يتفقون على كم من الميزانية القومية سوف يذهب إلى الصحة؟ أو ما يجب أن تكونه نسبة الضرائب على الدخل؟ ومن ثم يقررون، أى حصة يجب أن تذهب إلى الأجور، قبل الحديث حول بنود نوعية فى جدول الرسوم النقدية؟ هذه المقاربة قد تخفف حدة المواجهة والمعارضة بشكل بناء، حيث فور تحقق الاتفاق حول المبادئ العامة، بعض من التفاصيل يتم تناولها تاليا طبقًا لذلك.

المبدأ الإرشادى الرابع هو أنه بالنسبة للمفاوضين عليهم أن يخفضوا نبرة وطاقات الانفعال بشكل إيجابى، بدلاً من توجيهها سلبا – أو على الأقل البحث عن

تأسيس جو محايد ومهنى. التفاوض عملية إنسانية، مليئة بالمشاعر جنب إلى جنب المنطق. المفاوضون يحتاجون لذلك إلى إدارة الأبعاد الانفعالية جنب إلى جنب المحتوى المنطقى لتحقيق النجاح (فيشر وأورى ١٩٨١، ١٩). نبرة التفاوض هامة لأن من النادر أن يصبح الإصلاح حدث لفترة واحدة من الوقت. بدلاً من ذلك، عادة ما يكون الإصلاح عملية دائمة، سلسلة من المناقشات المستمرة، عند تخطيط السياسات، وعند إقرارها، وحين تنفيذها، وتعديلها مع الوقت. التحرك فى إحدى جولات المقايضة تتبعها جولات لاحقة، ويمكن فهمها بوصفها شوطًا من سلسلة طويلة لأشواط لعبة من الألعاب. فى هذه السلسلة من المفاوضات، الاتفاقات الناجحة، تمهد السبيل لاتفاقات ناجحة أخرى فى المستقبل، والعكس هو صحيح أيضًا. البعد الحاسم هو الثقة بين اللاعبين. مثلاً، صناعات مختلفة فى بلدان مختلفة تظهر تباينات واسعة فى مناخ علاقات العمل. بعض أصحاب العمل والنقابات دائمًا ما يشتبكون فى نزاع مع بعضهم البعض، بينما الآخرون يسوون مشاكلهم بأسلوب متعاون. من خلال المفاوضات المتكررة، ينخرط كلا الطرفين فى دورات تضطرهم مرة بعد مرة وبشكل متبادل إلى بناء الثقة، وانعدام الثقة مع الوقت. ونفس الشيء قد يحدث بين الأمم. عندما يناقش المعلقون السياسيون "قوة الدفع" فى عملية السلام بالشرق الأوسط، هم يتحدثون عن صعود أو هبوط فى علاقات الثقة. وبالمثل، القائمون على الإصلاح الصحى يحتاجون إلى التفكير فى دور الثقة عند تيسر أو عسر تحقيق أهدافهم.

يتطلب إجراء مفاوضات فهمًا لنفسك وللآخرين أيضًا. أنت لا تستطيع تقديم مقترحات يرتكز محتواها على مصالح شخص آخر، إذا لم تعرف ما هى هذه الاقتراحات. كذلك أنت لا تستطيع معرفة ما هى الصفقات التى تستطيع عرضها دون أن تهدم فى نفس الوقت جوهر مراميك الخاصة إذا لم تفهم أولاً أهدافك الخاصة. أيضًا أنت لا تستطيع التعرف على أى الجماعات تشكل أساس تحالف رابح، إذا لم تجر تحليلاً منهجيًا لكل المؤيدين والخصوم المحتملين، ومواقفهم

وسلطاتهم. أنت فى حاجة لأن تفهم أن العروض الأولية المقدمة من كلا الجانبين غالبا ما تمثل مواقف الحد الأقصى. وعليك أن تحدد بوضوح خط الحد الأدنى الخاص بك وهو "أفضل بديل تخرج به من اتفاقية تفاوضية" (BATNA[١])(فيشر وأورى ١٩٨١، ١٠٤). الوضع الأفضل لأى طرف لاعب من أطراف التفاوض هو وضعه دون ارتباط بأى اتفاقية (كلما كان هذا هو أعلى بديل أفضل)، وكلما كان احتياجه لعقد اتفاقيات أقل – وكلما كان إصراره على تأكيد مصلحته الخاصة أكبر. معرفة أفضل بديل تخرج به من اتفاقية مبرمة عن طريق التفاوض مع أطراف أخرى – كذلك معرفة أفضل بدائل بالنسبة لهذه الأطراف الأخرى الداخلة فى نفس المفاوضات – هى لذلك أمر حيوى فى معرفة قدر القوة التى سوف تكافح بها من أجل طرح رؤيتك، وهو ما قد يعرضك لخطر إنهاء التفاوض كلية.

التحليل الذى يتم قبل بدء التفاوض يتطلب استثمارًا جديًّا للوقت والطاقة. وكما قلنا أعلاه، إصلاح القطاع الصحى هو عملية سياسية بشكل عميق. الاختيار ليس هو هل تتفاوض أم لا؟، ولكن الأحرى هو كيف تجرى المفاوضات؟. كلما كان القائم على الإصلاح الصحى مجهزًا بشكل أفضل للتفاوض بمعايير الذكاء والمهارات والحيوية، كلما كانت فرص النجاح فى عملية تطوير السياسات أعظم.

الاستراتيجيات السياسية والأخلاقيات

نحن نؤمن أن الجوانب السياسية للإصلاح الصحى يجب ألا نتناولها بشكل أحادى يراها مشكلة حرفية أو مكيافيللية. يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى إلى حساب الأبعاد الأخلاقية لاستراتيجياتهم السياسية، جنبًا إلى جنب مع الطريقة التى يحصلون بها على ما يريدون من سياسات. القيم لا تصوغ فقط شكل الجوهر، ولكنها أيضًا تضع شكلاً لعملية الإصلاح الصحى. كيف، إذًا، يستطيع القائم على الإصلاح الصحى أن يضع تقديرًا لأخلاقيات العملية السياسية فى الإصلاح؟

Best Alternative To Negotiated Agreement (١)

نظن أن القائم على الإصلاح الصحى يستطيع بل ويجب أن يكون مشاركًا نشيطًا فى العملية السياسية التى يستخدمها المجتمع لتقرير سياسات الحكومة. من هنا، رؤية إدارة الخدمات العامة التقليدية للدور الذى يضطلع به المسئولون الحكوميون – إن السياسى يصنع السياسة، والموظفون ينفذونها – هذه الرؤية لا تظهر الصورة الحقيقية للاختيارات، التى يجب أن يقوم بها هؤلاء الموظفون فى تقرير كيف يديرون أنفسهم؟.

القائمون على الإصلاح أنفسهم لديهم أنواع متعددة من الأهداف، وتلك الأهداف لن تتوافق دائمًا. يمتلك الناس تقريبًا دائمًا أهدافًا شخصية للتقدم الوظيفى، والأمان المالى، والسلطة والنفوذ. وهم أيضًا بشكل عام يمتلكون أهدافًا عريضة لجعل المجتمع مكانًا أفضل. المناظير الأخلاقية التى ناقشناها فى الفصل الثالث تعكس هذه الهموم الأخيرة. بين هذه الهموم، من المرجح أن الناس تمتلك أهدافًا تتعلق بمنظمات وجماعات متعددة – الولاء لحزب سياسى، أو ارتباطهم بزملائهم فى الوزارة، أو هومًا لجماعة مهنية، مثلاً.

أسهل قرارات عندما تتوافق الأهداف عند شخص ما كلها مع بعضها البعض. عندما تستفيد الأمة، والوزارة، ومهنة الطب، والقائم بالإصلاح شخصيًّا، من سياسة ما؛ فمن الميسور ساعتها التقدم فى الإصلاح بشكل كاسح. ولكن ماذا يحدث عندما تتقاطع الأهداف؟ افترض أن الإصلاح الصحى سوف يساعد البلد، ولكنه قد يدمر مهنة القائم على الإصلاح (أو عائلته)، لو التزم القائم بالإصلاح تمامًا بدعم السياسة؟ أو افترض أن القائم على الإصلاح يؤمن بأن الأمة سوف تكون أفضل لو أن العديد من وظائف وأعمال الهيئة التى يعمل بها الآن يتم خصخصتها، أو إعطائها للآخرين؟ قد تكون تلك ضربة قاسية ليس فقط للفرد القائم بالإصلاح، ولكن للعديد من أصدقائه وزملائه.

فور كتابة خطة إصلاح وتخطيط مجموعة من الاستراتيجيات السياسية. يميل المؤيدون بشدة إلى حساب تكلفة، ومنافع تكريس أنفسهم لتأدية الجهود اللازمة لذلك. وهذا يتضمن أسئلة مثل، "ما هى نسبة نجاح هذه الجهود؟ هل مكاسب تحقيق مثل هذا الإصلاح تستحق الزمن، والجهد، والأموال، والانفعالات، والنزاعات التى تصدر عن مثل هذه الجهود؟" صنع مثل هذه القرارات يشمل محاسبة صعبة للذات، بالضبط لأن تقييم التكلفة والمنافع مجدول بالشكوك وعدم الإمساك بحقائق ملموسة. حتى تكون فعالاً، عليك أن تدرك أن القائم على الإصلاح الصحى، مثله مثل الزعماء الآخرين الذين يسعون لإحداث تغيير فى السياسة، مطلوب منهم أن يقوموا بمحاسبة النفس، ومحاسبة ما يقع لربط التحديات الشخصية بالتحول الاجتماعى الأعرض (هايفيتز ١٩٩٤).

جانب آخر من جوانب أخلاقيات عمليات الإصلاح يستمد من آرائنا الأخلاقية الخاصة حول أهمية بناء الشفافية والمداولات العامة بوصفها التزامات يلتزم بها الخبراء الفنيون (لاندى وآخرون ١٩٩٠). ففى داخل العملية السياسية، الدور اللازم للنقاش الجماهيرى العام يستمد من معتقداتنا بأنه لا توجد إجابات سهلة فى الإصلاح الصحى. المناهج التحليلية والسياسية المتاحة على تنوعها لا تقدم نمطيًا سوى زوايا نظر محدودة للنظم الصحية. كنتيجة، هناك ميلاً اصطناعيًا إلى محدودية كل من المشاكل والحلول، لذا المشاكل الهامة يتم تجاهلها، والحلول البديلة لا تعطى الانتباه والتفكير الجدى. فى هذه الأوضاع، المداولات الجماهيرية قادرة على المساعدة فى كشف مناطق التشكك فى الحقائق والمبادئ، وقادرة على المساهمة فى العملية الاجتماعية لتحديد والتعامل مع كل ما يهم فئات اجتماعية ما، وقد تؤدى هذه المداولات إلى وضع خطط مبتكرة للسياسات العامة، وإلى قرارات ديموقراطية.

وهكذا لدى الخبراء الفنيين التزامات أخلاقية عند تعاملهم مع الاستراتيجيات السياسية. أولاً، يجب أن يكون الخبراء على وعى بالمشاكل الموروثة فى عملية الإصلاح، خصوصًا احتمال إخفاء الخبراء لمناطق الإبهام فى الحقائق، والاختلافات حول المبادئ. ثانيًا، يجب أن يدرك الخبراء الطريقة التى تساهم بها مبادئهم الخاصة وأخلاقياتهم الشخصية فى تشكيل التوصيات إزاء اختيارات السياسات العامة (مثل ما نحاوله هنا فى هذا الكتاب). ثالثًا، نحن نؤمن أن الخبراء يمتلكون التزامًا أخلاقيًا لتشجيع الشفافية أمام الجمهور العام، وتشجيع الانفتاحية لمساعدة المجتمعات فى مواجهة قرارات السياسة، التى تتضمن بعض الحقائق غير المؤكدة واختيارات المبادئ الصعبة. نحن لا نملك دليلاً للبرهنة على أن الشفافية أمام الجمهور فى تلك القضايا ينتج عنها اختيارات اجتماعية "أفضل" فى إصلاح قطاع الصحة، ولكننا بكل تأكيد نؤمن أن هذه المقاربة تروج لاحترام الفرد، بينما تبنى مجتمعًا ديموقراطيًا متسامح، إلا أنه داعم (جوتمان وتومبسون ١٩٩٦).

يواجه الخبراء والمسئولون أيضًا اختيارات أخلاقية جدية فى تنفيذ عملية الإصلاح، خصوصًا عندما لا يتفقون بالكامل مع القرارات المتخذة، أو السياسات المختارة. دائمًا ما تجد اختيارًا حول مشقة الكفاح ليتحقق أفضل ما فى السياسة، التى يعتقد المرء أنها ليست صائبة فنيًا أو غير موفقة أخلاقيًا. السؤال هو، إلى أى مدى يستطيع المسئولون الذهاب إليه فى استخدام إجراءات تصويب أثناء التنفيذ للتحرك بالسياسة فى اتجاهات يعتقدون أنها سليمة – ولكن لم يقصدها صناع القرار؟ هنا نحن نعتقد أن تمييزًا هامًا يجب القيام به بين قضية ما هو واقعى وبين ما هو قيم.

فيما يتعلق بالقيم، السؤال الضرورى هو عن درجة مشروعية العملية التى صاغت السياسة أوليًا. أبالباوم (٢٠٠٠) قدم منطقًا – ونحن نتفق معه – كلما التقى المزيد من مثل هذه العمليات مع المتطلبات الإجرائية للتمثيل الديموقراطى، كلما

شعر الإدارى دون ريب بأنه ملتزم بالقيم الفلسفية المتجسدة فى هذه السياسة. مع ذلك، فهى ليست قاعدة كل-أو- لا شيء، ولكنها بالأحرى مسألة تحديد المتغيرات، والحدود الفضفاضة للمدى الذى يستطيع المسئولون خلاله نشر مبادئهم الخاصة فى حل مناطق الغموض، أو التصادم فى لغة التشريع أو السياسة أثناء مسيرة التنفيذ.

من الناحية الأخرى، يستطيع بل ويجب على الخبراء الفنيين - ممارسة خبراتهم وقدرتهم على اتخاذ القرار من أجل تحسين أنشطة الإصلاح وظيفيًّا. ومع ذلك، فالضرورى بالنسبة لمسئولياتهم، هو مرة أخرى بناء الشفافية، والقابلية للحساب، والمسائلة عن قراراتهم. دور "قول الصدق للسلطة" (فيلدافسكى ١٩٧٩)، وإخبار البرلمان أو الوزير أن سياساتهم لن تحقق النتائج المرجوة، هو نادرًا ما يكون دورًا سهلاً. ولكننا نؤمن أن القائمين على الإصلاح ذوى الضمائر الحية يجب أن نتوقع منهم لعب هذا الدور خلال دورة الإصلاح كلها.

هذه التحديات تجعل من إصلاح القطاع الصحى أكثر من مجرد عملية فنية - إنها أرضية لاختبار القيم الاجتماعية، والالتزامات الشخصية. عند بناء خطة للتغيير، قادة الإصلاح الصحى عليهم مواجهة قضايا مبادئ أساسية، وقضايا الهوية، وقضايا المصالح. يستطيع إصلاح القطاع الصحى أن يكون أمرًا مركبًا على المستوى الشخصى كما هو على المستوى الفنى. عند أقلاع المؤيدين للإصلاح فى رحلتهم، هم يحتاجون إلى فهم كيف تتقاطع التحديات السياسية مع الأشكاليات الأخلاقية، مع القضايا الفنية، وكيف يتناولون تلك التقاطعات على كل من المستوى الجماهيرى والشخصى؟

٤

الهدف من تقييم الأنظمة الصحية

كيف نستطيع أن نتحول من المناقشات الفلسفية فى الفصل الثالث إلى إصدار الأحكام حول أداء نظم الرعاية الصحية؟ قد يتبنى المساندون لمختلف النظريات الأخلاقية معايير مختلفة لتقييم هذا الأداء – أو قد يختلفون حول درجة أهمية تحقيق أهداف الأداء المتعددة. هل يعنى ذلك أن كل ما نستطيع قوله حول مثل هذا الأحكام، هو "من المحتمل"؟

وبينما كل حكم على الأداء هو حكم متعلق بقيمة نسبية، نحن نعتقد، بوصفها قضية عملية، القائمون على عملية الإصلاح الصحى سوف يجدون عمومًا أن من المفيد التركيز على عدد محدود من أهداف الأداء، لتحديد المشاكل وتقييم الحلول. فى هذا الفصل نقترح مثل هذه المجموعة من "أهداف الأداء"، بالحرف: (١) الوضع الصحى للسكان، (٢) رضاء المواطنين المستمد من النظام، (٣) الدرجة التى يتمتع المواطنون بها من المخاطر المالية للمشاكل الصحية (انظر شكل ٢,٢). سوف نناقش كيف يمكن قياس هذه الأهداف؟ وكيف يمكن تقييم أداء الأمة؟. سوف نسبر أيضًا كيف تؤثر العلاقات بين القطاع الصحى، وباقى المجتمع على الأحكام التى تصدر على الأداء؟. وعلى نحو خاص، سوف نقدم منطقًا يدافع عن أن اعتبارات التكلفة، والقيم الاجتماعية، والعمليات السياسية، تلعب بل ويجب أن تلعب دورًا فى وضع أجندة الإصلاح الصحى.

فيما يلى نناقش أولاً كيف نختار أهداف الأداء. تاليًا سوف نستكشف الاتصالات المالية والسياسية بين القطاع الصحى والميدان الاجتماعى والاقتصادى

الأوسع. نحتفظ للفصل التالى مناقشة ما نسميه "قياسات الأداء الوسيطة" – مثل الكفاءة والجودة – التى تساعد على تحديد الأداء وصولا للأهداف العليا، التى نناقشها هنا. وعبر ذلك، نفترض أن شخصًا ما يفكر فى إصلاح القطاع الصحى، ونصيحتنا سوف نوجهها للقرارات والاختيارات التى يجب على مثل هذا الشخص أن يتخذها.

مقترحنا هو بالطبع يتأثر بأحكامنا الشخصية، وخبرتنا وقيمنا. انتقاء أهداف الأداء لن يكون عملية ميكانيكية. وحيث إننا لن نستطيع الهروب من قوة اهتماماتنا الأخلاقية الخاصة، نحاول أن نعترف بذلك فى مسيرتنا، حتى يستطيع رغم ذلك هؤلاء الذين يختلفون برؤيتهم عنا، استخدام إطار عملنا ليطرحوا بوضوح وعلى خط مستقيم أسئلتهم من أجل التقييم.

اختيار أهداف الأداء واستخدامها

حتى ينتقى المحلل أهدافًا للأداء بشكل عقلانى، عليهم أن يعرفوا غرضهم من ذلك. مثلاً، تقرير الصحة العالمية الأخير الصادر عن منظمة الصحة العالمية، يصنف كل أنظمة الرعاية الصحية لبلدان العالم فى ترتيب بناءً على مقياس وحيد. وهذا يتطلب بناء عدد محدود من القياسات الرقمية لكل بلد يمكن جمعها معًا بواسطة معادلة بسيطة. ولكن مهمتنا تختلف. نحن نريد إن نعرف مشاكل الأداء حتى نضع الأولويات فى دائرة اهتمامنا من خلال عملية إصلاح القطاع الصحى. وهذا يجعل، بالنسبة لما نبتغيه، الدرجات الرقمية أقل جدوى من البيانات الوصفية المفصلة.

ونكرر النقطة التى رددناها فى الفصل الثانى، مقاييس الأداء يجب أن تعكس النتيجة، والعواقب، والمخرجات للقطاع الصحى. هذا الإصرار على البدء بالمخرجات هى سمة مميزة لمقاربتنا. يستطيع القائم على الإصلاح أن يمضى بعدها فى "رحلته

التشخيصية" (انظر الفصل السابع) لتحديد أسباب هذا الأداء الغير كافى، ومن ثم يخطط لاستراتيجيات إصلاح معقولة من أجل تحسين هذا الأداء. (نفس مجموعة المعايير يمكن استخدامها أيضا لتقييم السياسات فور ما يبدأ تنفيذها).

استخدام المصطلح "مشكلة" لنعنى "مشكلة أداء"، فنحن ندرك أننا ندعو لاستخدام أبعد من أن يكون استخداما عاما. الأطباء، مثلاً، غالبا ما يستخدمون كلمة "مشكلة" عندما يقصدون "قضية" – حينما نقول لمريض ما، "لسوء الحظ، مشكلتك أنك مصاب بسرطان". العديد من القائمين على الإصلاح الصحى لا يقومون بصياغة تحليلهم بالأشكال التى نوصى بها. عندما يسألهم أحد، "ما هى المشكلة فى بلدك؟" تكون إجابتهم بمفردات تسرد بعض سمات النظام الصحي: "ليس عندنا رعاية أولية كافية". أو حتى ببعض كلمات عن أشكال الإصلاح المقترحة: "نحتاج إلى إدخال نظم الضمان الاجتماعى". وعلى النقيض، نحن ندفع بأن مثل هذه التصريحات هى فعليًا قضايا كامنة، أو احتمالات "علاج" لمشاكل الأداء. فهى ليست توصيفًا لمشاكل الأداء نفسها. نحن نستطيع معرفة إذا ما كانت قوة الأطباء فى بلد ما تحتاج إلى التغيير. أو أن تمويل نظام الرعاية الصحية فى البلد مطلوب إعادة تنظيمه، لو أن مثل سمات هذا النظام تؤدى إلى مثل تلك النتائج الغير مقبولة.

وهذا يقود إلى السؤال التالى – اسميًا، كيف يمكن محاكمة أداء بلد ما فى علاقته بالأهداف المتنوعة التى قمنا بتحديدها؟ وعلى الأخص، ما هى معايير أو جوانب توزيع الحالة الصحية، أو الرضا، أو الحماية ضد المخاطر التى يجب أن يهتم بها القائمون على الإصلاح؟ مرة أخرى، نقترح أن نجعل القرارات بناءً على الأهداف التى ترشد إصلاح القطاع الصحى. فى هذا السياق، المتوسط الكلى لأداء بلد ما فى واحد أو اثنين من الإحصائيات التلخيصية (مثلاً توقع البقاء على قيد الحياة) مفيد بشكل رئيسى فى المراحل المبكرة من جهود إصلاح القطاع الصحى. على سبيل المثال، الأداء السيئ لبلد ما مقارنة بجيرانها، أو بتاريخ أدائها السابق، يمكنه المساعدة فى حشد وتعبئة الدعم الجماهيرى من أجل الإصلاح.

من أجل هذه الأغراض، لا توجد أسباب قوية للتمييز بين بدائل القياسات الإحصائية المتعددة (المتوسط، الأوسط، النمط المتكرر). الاختلافات بين هذه القياسات تتضمن قضايا فنية خاصة، هى عمومًا لا علاقة لها بمهمة جذب الانتباه السياسى وتركيزه، وكذلك قيادة الدعم الجماهيرى. ونفس الشىء بالنسبة لقياس متغيرات النتائج على السكان. وبينما يعطى "المتوسط" بعض المعانى الموحية للعديدين، قليل من يمتلك فهمًا عميقًا لمقاييس المتغيرات، مثل الانحراف المعيارى، ومعامل جينى (واجستاف وفان دورسلئر ١٩٩٣). ومن هنا نحن لا ننفق كثير وقتٍ فى مناقشة مثل هذه البدائل الإحصائية.

وهى أيضًا نفس الحالة مع نتائج "الإنصاف" التى هى غالبًا ذات اهتمام أكبر للقائمين بالإصلاح (وللمانحين الدوليين). لذلك نقترح أن يفكر القائمون على الإصلاح فى مصفوفة ثلاثة فى اثنين: ثلاث أهداف أداء، واختباران أخلاقيان نطبقه على كل مقياس. الاختبار الأخلاقى الأول، هو مقارنة لمتوسط الأداء، والثانى هو تقييم للإنصاف فى توزيع مقاييس الأداء. من زاوية نظر القائم على الإصلاح، توزيع الناتج – على الأقاليم أو الدخول، أو الجماعات الاثنية – سوف يكون عمومًا موضع الاهتمام الأكبر، أكثر من مجرد بعض قياسات إحصائية هنا وهناك. كدليل لجهود تحسين الإنصاف، علينا اكتشاف وتمييز أصحاب الأوضاع السيئة (مثل هؤلاء الذين يحيون نسبيًا فى حياة صحية معتلة).

اختيار مجموعة معينة لأهداف الأداء، هو اختيار بؤرة اهتمام معينة، محل جدل الجمهور حول الإصلاح الصحى. كيف يمكن اتخاذ مثل هذه القرارات؟ معيارنا الأول المقترح هو الارتباط السياسى. حيث إننا أثناء عملنا مع حكومات فى أنحاء العالم، طفت إلى السطح عدة قضايا مرة بعد مرة. ومنذئذ، كما ناقشنا فى الفصل الرابع، نحن نعتقد فى كلٍ من أهمية ومشروعية المجال السياسى فى عملية الإصلاح، وفى رأينا أى أهداف للأداء يجب أن تعكس وتجسد هذه الهموم السياسية

والاجتماعية الكبرى. ولأن مثل هذه الهموم قد دفعت (وتدفع) إصلاح القطاع الصحى حول العالم. يجب أن يصبح القائمون على الإصلاح الصحى قادرين على كلٍ من إدراك، والتعبير عن الهموم الكبرى، التى يهتمون ويهتم الآخرون بها من خلال، وعبر إطار العمل الذى نعرضه.

ثانيًا، يجب أن تعكس أهداف الأداء بدائل كل منظور فلسفى كبير للصحة، كما شرحناها فى الفصل الثالث. إذا لم يجد النفعيون، والليبراليون وأصحاب النظرة المجتمعية آراءهم ممثلة، لن يكون إطار العمل مفيدًا لهم. مجموعة المقاييس، فى حزمة واحدة، يجب أن تشكل صورة للقضايا الأخلاقية الضرورية محل النظر فى عملية الإصلاح. الاختلاف حول تلك القضايا يجب أن يجد تعبيره فى مفردات الآراء المختلفة حول تعريف الأهداف، وحول أولوية الاختبارات الأخلاقية المتعددة محل التطبيق.

الأساس الثالث الذى نطرحه عند اختيار الأهداف، هو حالة الاعتماد العرضى. نحن نريد مقاييس للأداء تتأثر بشكل ملموس باختيارات السياسة الصحية. مثلاً، بينما يسيطر الإصلاح الصحى على المستوى العام لهناء المواطنين، تعتمد هذه الرفاهية أيضًا على عوامل واسعة التنوع خارج دائرة الرعاية الصحية. من الناحية الأخرى، الرضا عن القطاع الصحى نفسه يعتمد بشكل واسع على ما يحدث داخل هذا القطاع. ومن هنا الجانب الثانى- الجانب الأضيق للرضا - يقابل اختبار حالة الاعتماد العرضى، بينما المستويات الكلية للهناء لا تلتقى معهم.

وكما سوف نرى، وضع مقاييس الأداء فى صورة سهلة الاستعمال، يتطلب العديد من القرارات الإضافية حول التعريف، ووحدات القياس، الخ. هذه القرارات، أيضًا، سوف تعكس بالضرورة بعض القيم والأولوية المخصوصة. من المقدر أن المناقشة المخلصة لهذه التفاصيل تتكشف عن، بل وتثير جدلاً أخلاقيًا أوسع – ولن يخرج كل شخص مسرورًا من الصياغة النهائية بنفس القدر.

أهداف أداء القطاع الصحي

الحالة الصحية

الحالة الصحية للسكان هى أول أهدافنا للأداء. هذا الهدف يتقابل مع اختبار الارتباط السياسى. وهو أيضًا يتقابل مع اختبار الارتباط الفلسفى. أنه يجسد الاهتمام المحورى للنفعيين الوضعيين – الذين تشكل الحالة الصحية بالنسبة لهم مكونًا رئيسيًّا للرفاهية. وهى أيضًا جانب حاسم للفرصة بالنسبة لليبراليين ذوى نزعة المساواة. إضافة إلى ذلك، الحالة الصحية للسكان توفى باختبار الاعتماد العرضى. وفى الوقت الذى تؤثر فيه عوامل أخرى على الحالة الصحية (مثل الدخل والتعليم)، عمليات تشغيل قطاع الصحة تمتلك أثرًا ملموسًا على الصحة نفسها.

وكما لاحظنا فى الجدول رقم ٥،١، بناء رقم دال على الحالة الصحية يتطلب العديد من القرارات (ارنسين ونورد ١٩٩٩، اناند وهانسون ١٩٩٧). من المرجح أن الأمم المختلفة تتخذ هذه القرارات بشكل مختلف. مثلاً، لن تحسب كل الدول سنوات العمر الضائعة عند الأعمار المختلفة بنفس الطريقة، ولن تضع نفس القيمة النسبية للمنافع الجارية فى مقابل المنافع المستقبلية (أى، استخدام نفس نسبة الخصم). نحن نعتقد، مع ذلك، أن كل القائمين على الإصلاح فى حاجة للبدء بالتركيز على الحالة الصحية للسكان، بغض النظر عن الطريقة التى يختارونها لقياس ذلك بالتفصيل.

عند تقرير أى المشاكل الصحية يجب إعطاءها الأولوية، ربما يرغب بلد من البلدان إعطاء انتباهًا خاصًا للأمراض التى تسبب أعظم الأضرار. لو أن بلدًا يفقد العديد من مواطنيه بسبب إدمان الكحوليات، أو بسبب ارتفاع الإصابة بالدرن الرئوى، أو التيتانوس الوليدى، فمن ثم تصبح السيطرة على هذه الأوضاع بؤرة اهتمام جهود الإصلاح. فى البلدان التى لا يتوافر بها القياسات المعقدة لعبء المرضى مثل سنوات العمر المعدلة بجودة الحياة، أو سنوات العمر تحت عبء

المرض، تستطيع هذه البلدان البداية باستهداف الحالات التى يكون معدل انتشارها أعلى من انتشارها فى البلدان محل المقارنة، أو مقارنة بتاريخها السابق. (السؤال هو: هل البلد تستطيع أن تفعل شيئا لمثل هذه المشاكل - هو سؤال يتعلق أيضا بأولوياتها، كما نناقشه أدناه).

جدول ٥,١ القرارات المطلوبة لبناء رقم دال للحالة الصحية :

- ما هى درجة أهمية الأنواع المختلفة من الإعاقة والمرض؟ مثلاً، عند قياس الإعاقة، هل الخلل الوظيفى فقط هو المهم، أم هل يمتد الأمر إلى الحالات النفسية "الصامتة"؟
- ما هى القيمة النسبية لسنوات العمر الضائعة عند مختلف الأعمار؟
- هل المنتج اقتصاديا أو ذوى القيمة الاجتماعية الكبيرة أكثر أهمية من العاطلين عن العمل أو المتقاعدين؟
- أى أثر، إذا كان هناك أثر، يجب أن تمتلكه حالة الشخص غير الصحية على قيمة حياته؟ هل بعض الأمراض أقل خطورة عند إصابتها لشخص ثرى، لأن الثرى يستطيع أن يدفع مقابل الخدمات العلاجية؟
- هل يجب أن نحسب حساب التوجه الجماهيرى نحو الأمراض المختلفة أو أسباب الوفاة المختلفة؟ مثلاً، هل حقيقة أن الرأى العام فى الولايات المتحدة شغوف على نحو خاص بتفادى الوفيات بسبب السرطان تؤثر على تقديراتنا للمكاسب المحققة فى منع أسباب الوفاة؟
- كيف نجمع بين الوفاة والإعاقة؟ هل حياة الغير معاقين أكثر أهمية من حياة المعاقين؟
- هل "تخصم" المكاسب المستقبلية (أى أن، قيمتها تكون أقل من قيمتها اليوم). ولو أن ذلك كذلك، نخصمها بأى نسبة؟
- كيف نتعامل مع الغير مؤكد؟ هل يقوم المرء بمجرد التخمين بأحسن ما يكون لمتوسط الأثر – ويتجاهل الاختلافات فى درجة التأكد من حدوثه فى المستقبل – أو هل يجب ألا يكون المرء على هذه الدرجة من الحيادية أمام المخاطر؟

القائمون على الإصلاح الصحى المهمومون بتوزيع الحالة الصحية بإنصاف، يحتاجون إلى معلومات حول تنوع العائد الصحى عبر السكان. مثلاً، هل أن مناطق بعينها، أو جماعات عرقية بعينها، أو شرائح اجتماعية اقتصادية بعينها، معدل توقع البقاء على قيد الحياة عند الميلاد لديها، أو وفيات الأمهات، أقل من الآخرين (مثل سكان القبائل فى الهند أو سكان مقاطعات الجزر فى ماليزيا)؟ فى الواقع الفعلى، هذه العملية تستخدم متوسط الأداء الخاص بالبلد بوصفه المعيار القياسى للتعرف على مشاكل الأداء المطلوب الانتباه لها. (سوف نتم الأشكال المتنوعة للمعايير القياسية عندما نناقش وضع الأولويات عمومًا).

فور التعرف على التباينات، على الأمم من ثم تقرير قدر أهمية تصحيح ذلك. كم هى درجة أهمية تحسين معاناة المواطنين إلى نحو منتصف انتشارها بين الأقصى والأدنى؟ كمثال، فى الصين لدى الفقراء فى الريف صحة أسوأ بشكل ملحوظ (وزارة الصحة، PRC 1999). ولكنهم كانوا ينظرون إليهم فى غالب الأحيان بوصفهم أقل أهمية سياسيًا واقتصاديًا من عمال الحضر. كيف تؤثر مثل هذه السلوكيات على صناعة السياسة فى القطاع الصحي؟ وبالمثل ما هى الأهمية التى يجب أن تمنحها البلدان لمساعدة الأقليات العرقية المهمشة، مثل الروما فى وسط أوروبا (رينجولد ٢٠٠٠، بوبورتكا وزادوراى ١٩٨٨) أو سكان القبائل فى الهند (بيتر وآخرون ٢٠٠٢)، بمعدل بقاء على قيد الحياة أقل بخمس سنوات (أو أكثر) عن المعدل القومى، وبمعدل وفيات الأمهات والأطفال الرضع أكثر من الضعف مرتين بالنسبة للمعدل القومي؟ سوف تتشكل الإجابات على مثل هذه الأسئلة لا محالة بواسطة قيم كل أمة، والعملية السياسية الخاصة بها.

طبقًا لمذهب الليبرالية المنادى بالمساواة نحن نعتقد أن هنا حجج قوية تنادى بإعطاء عناية خاصة لصحة هؤلاء الذين يعانون من الحالة الصحية السيئة على نحو خاص. وأحيانًا يصبح مد الخدمات الأساسية إلى المهمشين وسيلة ناجعة

لتحسين الحالة الصحية الكلية (المتوسط). من الممكن أن تكون الرعاية الأولية ذات جدوى اقتصادية فعالة جدًا. فعليًا، بعض البلدان ذات المستويات المتفاوتة جدًّا من الخدمات الصحية عبر مناطقها الجغرافية (مثل تركيا) متوسط الحالة الصحية بها أقل من البلدان المثيلة لها (مثل تشيلى) مع نفس الإنفاق فى المجال الصحى (منظمة الصحة العالمية ١٩٩٦). وهذا يعود إلى ما يسميه الاقتصاديون "العوائد المنكمشة". على الهامش، المكاسب الآتية من مزيد من الإنفاق على هؤلاء الذين يملكون الأعظم هى دائمًا أقل من المكاسب التى يمكن تحقيقها بمزيد من الإنفاق على هؤلاء الذين يملكون الأقل.

من الناحية الأخرى، هذه الحجج لن تكون دائمًا صحيحة، أو إذا أصبحت صحيحة فلن تكون جذابة دائمًا. الجماعات ذات الحالة الصحية الأسوأ من الممكن على نحو خاص أن يكون تقديم الخدمة لها صعب. ربما هم يعيشون فى أماكن نائية أو يكافحون الحياة مع عوائق اجتماعية واقتصادية متعددة. فى النيبال، مثلاً، هناك قرى تبعد مسيرة عدة أيام عن أقرب مكان خدمة صحية لهم. أكثر من ذلك، ليست القيادة فى كل بلد تشاركنا نفس قيمنا الخاصة. ولاعتبارات سياسية متعددة – من إرضاء النخبة الوطنية إلى مداهنة عمال المدن الأقوياء سياسيًا – كل ذلك يمكنه صنع ضغوط لأنفاق حتى المزيد على الرعاية لهؤلاء الذين يتمتعون فعلاً بخدمات جيدة.

ولكن آراءنا حول الإنصاف الصحى ليست هى التى تهم. يحتاج القائمون على الإصلاح إلى توضيح "التزاماتهم" حول هذه القضايا، من أجل معرفة ما هى المشاكل التى يركزون عليها، وما هى أشكال الإصلاح التى سوف يدافعون عنها. هل من المقبول بالنسبة للأغنياء أن يشتروا رعاية أفضل لهم طالما أن للفقير سبيلاً للوصول إلى بعض الحد الأدنى؟ هل "العدالة" تتطلب من الدولة دفع التكلفة بالنسبة للفقراء حتى يستطيعون الوصول إلى نفس التكنولوجيا الغالية الثمن، واللازمة

لإنقاذ الحياة التى يحصل عليها الأغنياء، حتى لو أن هذه التكنولوجية ليست سبيلا له جدوى اقتصادية فعلية لأنتاج مكاسب للحالة الصحية؟ وبالضبط ما قدر أهمية مساعدة صاحب الوضع الأسوأ، حتى لو كان فعل ذلك عال التكلفة؟ فى البلدان الفقيرة، حيث الموارد بحكم التعريف موارد محدودة جدًا، يشكل ذلك أسئلة صعبة جدًا. رغم ذلك، القائمون على الإصلاح يجب عليهم البحث عن إجابات لتقرير الطريقة التى سوف يستجيبون بها على هذه الأسئلة من أجل توزيع الحالة الصحية فى بلدانهم.

رضاء المواطنين

هدفنا الثانى للأداء، هو درجة رضاء المواطنين عن الخدمات التى يقدمها لهم القطاع الصحى. فلسفيًا، مثل هذا الهدف هو إن تلتزم بآراء مذهب النفعية الذاتية الذى يفضله الاقتصاديون. سياسيًا، عجز النظام عن تقديم ما يريده المواطنون هو غالبًا دافع له وزنه من أجل الإصلاح. أكثر من ذلك، هذا الهدف يسمح لنا بالتقاط السمات المتعددة للنظام الصحى، بعيدًا عن تأثيره على الحالة الصحية. مثلاً، ما هى درجة قدرة الناس فى الوصول إلى عملية الرعاية الصحية وإلى أى مدى يتم توجيهها لتقديم الخدمة؟ باستخدام الرضا كهدف للأداء نلتقط صورة ما عن الطريقة التى يقوم المواطنون أنفسهم بتقييم الرعاية الصحية المقدمة لهم والاستجابة لها.

هنا مرة أخرى تفارق مقاربتنا صيغة منظمة الصحة العالمية، التى تأخذ فى اعتبارها فقط نواحى الرضا "المشروعة" (موراى وفرينك ١٩٩٩). أسباب رفضنا لتلك المقاربة هى كلاً من أسباب فلسفية وعملية. فلسفيًا، الرضا هو شأن نفعى ذاتى. من داخل إطار العمل هذا، لا توجد قاعدة أساس لتقييم نواحى رضا الشخص الآخر طبقًا لرأينا نحن عن "مشروعية" هذه النواحى. أكثر من ذلك، رضا المواطنين عن

نظام الرعاية الصحية. يعتمد على الأرجح بشكل تفاعلى متبادل على السمات المتنوعة لهذا النظام. مثلا. العديد أكثر من مرحبين بتحمل سوء الخدمة لو إن الرعاية التى يتلقونها ممتازة طبيا. فى مثل هذه الحالات لا نستطيع تقسيم "الرضا" ومن ثم ننسب أجزاء من هذا الإجمالى إلى نتف وقطع صغيرة من خبرة المستهلك.

قد تواجه البلدان مقايضات بين زيادة الرضا. كما عرفناه أعلاه، وبين تحقيق أهداف أخرى. مثلاً، ربما يشعر المرضى بالرضا من شكل من أشكال الرعاية غير الملائمة – مثل الحقن الغير ضرورى. الاستجابة لمثل هذه الرغبات قد يؤدى بالأمة إلى انخفاض مستوى الحالة الصحية، وارتفاع التكلفة عما هو متوقع. وقد يدافع هؤلاء أصحاب العادات الصحية السيئة عن منطق يقول لا يجب بذل جهود لتغيير سلوكيات حيث إن مثل هذه السلوكيات تزيد من درجة رضائهم. قرار قمع أو تجنب مثل هذه النزاعات (بإزالة ما يسميه بعض الإصلاحيين أشكال رضا "غير مشروعة" قبل الدخول فى قرارات مقايضة) تبدو لنا مقاربة ظلامية وشائكة. بدلاً من ذلك لو أن القائمين على الإصلاح فى بلد معين قرروا لأسباب عدة ألا يستجيبوا لرغبات معينة عند مواطنيهم، تتطلب منهم القابلية للمساءلة أن يقولوا ذلك صراحة، ويدافعون علناً عن اختياراتهم تلك.

قياس الرضا – مهما كان تعريفه – ليس سهلاً. حل رجال الاقتصاد هو أن تحاول تحديد استعداد الأفراد للدفع مقابل أشكال متنوعة من المنافع (وابنشتاين وآخرون ١٩٩٦). مثلاً، تعيين قيمة ما لحياة الإنسان، ثم سؤال الأفراد عدة أسئلة افتراضية حول استعدادهم لتحمل مخاطر معينة مقابل أشكال دفع متعددة (ما تسمى دراسات تقييم الطوارئ المتوقعة: هاميت ٢٠٠٠). هذه الدراسات كشفت عن عدم انسجام منهجى بين السلوك الذى تقول عنه نظرية اتخاذ القرار أنه عقلانى والأنساق النمطية للاختيار. مثلا. ربما يقدر الناس وهم مرضى قيمة حياتهم بأعلى مما يقدرونها وهم أصحاء (روزيه وآخرون ١٩٩٢).

المقاربة البديلة التى تحدد رضا الناس تستخدم أنواع ما من استبيان رأى الزبائن – بسؤال الناس عما يحبونه وما لا يحبونه فى رعايتهم صحيًا (كليرى ١٩٩٩). مثل هذه الاستبيانات لا ينتج عنها قيم نقدية يمكن مقارنتها مباشرة بتقديرات التكلفة. ولكنها قد تقدم دليلاً ممتازًا لرجال الإصلاح، خصوصًا لو كانت تكشف عن معلومات حول خدمات بعينها أو سمات للنظام. مثل هذه الدراسات تلاقى فعلاً مشاكل فنية (مثل ميل من يقوم بالإجابة خصوصًا من ذوى المكانة الدنيا بقول "نعم" على الأسئلة). ولكن العمل المكثف الذى بذل فى أوروبا وأمريكا قد طور وأثبت صحة أدوات استبيان يمكن الاعتماد عليها (كوتلر وكليرى ٢٠٠١).

يشمل أيضا الحكم على أداء أمة ما فيما يتعلق برضا الناس اعتبارات تتعلق بالإنصاف. هل المكاسب فى الرضا بالنسبة للسعيد وللغاضب تتساوى فى الأهمية؟ هنا مرة أخرى تتواجد الاختلافات بين أنصار الفلسفات المختلفة. النفعيون الذاتيون، الذين تمتد جذور تفكيرهم إلى الاقتصاد سوف يدافعون عمومًا عن أن الرضا الكلى – وليس نسق توزيعه – هو ما يهم. بالنسبة لمذهب الليبراليين المؤمنين بالمساواة، الوضع الذى يكون فيه البعض أكثر رضاء بالطريقة التى يعالجون بها من غيرهم، هذا الوضع ينتهك تصورات الاحترام المتساوى. سوف يهتمون على نحو خاص بتحسين نصيب جماعات السكان الساخطين خصوصًا.

بإيجاز، نحن نعتقد أن تحسين مستوى رضا المواطنين عن النظام الصحى يجب أن يكون هدفًا هامًا لأداء النظام، رغم الحاجة إلى تسوية القضايا المنهجية والفلسفية المتعددة؛ حتى نصنع مثل هذه الأحكام. يخضع رضا المواطنين بشدة لنفوذ النظام الصحى، محل النقاش الواسع، وعلى خلفية فلسفية، ومع ارتباطه بالسياسة. الشأن المتعلق بذلك، كما نطرح، يجب أن يكون كل ردود فعل المواطنين، بغض النظر عما إذا كان الخبراء يعجبون بردود الفعل هذه أم لا. بالطبع، عندما يتصادم هذا الهدف مع أهداف أخرى، أو عندما تكون ردود فعل المواطنين مثيرة للمشاكل أخلاقيا، يجب على رجال الإصلاح تناول هذه القضايا مباشرة، حينما يكون عليهم أما وضع أولويات، أو تقييم الأداء الوطنى للنظام الصحى.

الحماية ضد المخاطر المالية

الحماية ضد المخاطر المالية هى هدف أكبر لكثير من صنع السياسات فى قطاع الصحة، وبؤرة تركيز متكررة للجانب السياسى فى الإصلاح الصحى. وهى تخضع لتأثير عظيم من الطريقة التى يتم بها تمويل القطاع الصحى. إضافة إلى ذلك، منع الإفقار المالى – وما يرتبط بذلك من فقدان للفرص – هو أمر هام فلسفيًا لمذهب الليبرالية المنادى بالمساواة. بالنسبة لهم، ضمان حد أدنى من الفرص الاقتصادية لكل فرد يكتسب نفس أهمية منع الإعاقة مبكرًا أو الموت. باختصار، هناك أسباب ملحة لتضمين الحماية من المخاطر المالية بوصفها هدفًا حاسمًا للأداء.

إلا أن تقديم حماية ضد المخاطر المالية لا يسمح للسكان بتفادى كل تكاليف الرعاية الصحية. فى الحقيقة، لا يمكن القيام بذلك. كل نفقات الرعاية الصحية فى بلد ما – مع تنحية المعونة الأجنبية جانبًا – تدفع فى النهاية بواسطة مواطنيها – مباشرة أو بطريق غير مباشر. ببساطة من المستحيل حماية هؤلاء من أصحاب الدخول المتوسطة فى بلد ما من تكاليف الرعاية الطبية الروتينية. فإذا لم يدفعوها بشكل مباشر، فإنهم سوف يدفعونها بشكل غير مباشر عبر أشكال متنوعة من الضرائب. ما يرتبط بتحقيق الحماية ضد المخاطر، هو مساعدة الناس على تفادى التكلفة الضخمة والغير متوقعة لمرض خطير – أى، تقديم وظيفة نشر المخاطرة أو وظيفة تأمينية، حيث تصب العوائد من المواطنين فى وعاء وتستخدم لرعاية الذين يصابون بأمراض خطيرة.

قياس المخاطر المالية عملية معقدة لحقيقة أن مغزى مخاطرة معينة تعتمد على كلٍ من حجم المخاطرة والوضع الاقتصادى (الدخل والأرصدة) التى يمتلكها الشخص الذى يتعرض للخطر. كلما اقترب شخص ما من مستوى الفقر، كلما كانت المصاريف التى ستضعه أسفل خط الفقر أقل. ومن هنا هم يحتاجون أكثر للحماية ضد المخاطر المالية.

التعقيد الإضافى هو أن المخاطر المالية قد تؤثر أيضا على الحالة الصحية. من يعانى من المرض الشديد قد لا يتلقى رعاية كافية، لو أن العبء المالى لهذه الرعاية يسهم فى اتخاذه لقرار عدم السعى لطلب الرعاية. لذلك إصابتهم نتيجة نقص الحماية ضد المخاطر المالية قد تظهر فى شكل حالة صحية مضمحلة، وليست فى شكل خسارة مالية.

كيف يمكن وصف مدى الحماية ضد المخاطر المالية؟ أبسط البيانات – عن مدى التغطية التأمينية مثلاً – تغذينا جزئيًا بالمعلومات، حيث إن بعض البلدان (مثل الهند ومصر والعديد من دول أوروبا الشرقية) فقط يقدمون خدمات تأمينية محدودة. بدلاً من ذلك، تستند تلك البلدان على الخدمات المجانية أو شبه المجانية التى تقدمها المنشآت الصحية الحكومية. مثل هذه الأنظمة تقدم بعض أشكال الحماية ضد المخاطر، بناءً على جودة الخدمة، وسهولة الوصول إليها، وطبقًا للتكلفة التى يضطر المرضى لتحملها (متضمنة الدواء، والمستلزمات، وأى مبالغ تدفع من أسفل المائدة). إلا أنه عندما لا يشعر الجمهور بالثقة فى القطاع العام، ربما يشعرون بالاضطرار إلى شراء الخدمة من القطاع الخاص عندما يلم بهم المرض، مع التبعات الشديدة المحتملة على أوضاعهم المالية (بيرمان ١٩٩٨؛ نانداكومار وآخرون ٢٠٠٠).

التغطية التأمينية، مع ذلك، ليست متغيرًا "موجود" أو "غير موجود". هؤلاء الذين يتمتعون بتغطية تأمينية محدودة ربما يظلون عرضة لمخاطر مالية ذات وزن عندما يلم بهم مرض عضال. (بالنسبة للنفعيين، من الممكن أيضًا بالنسبة لبعض المواطنين أن يكونوا فى حماية تغطية تأمينية زائدة عن الحد بطريقة تشجع على استخدام رعاية بتكلفة زائدة غير فعالة: جيلياد ٢٠٠١).

اقتراحنا للحكم على مدى الحماية ضد المخاطر المالية باحتمالية (قبل وقوع الحدث)، أو بتكرارية (بعد وقوع الحدث)، تعرض الأفراد للإفقار نتيجة للمرض، أو منعهم من الحصول على العلاج الكافى نتيجة نقص الدخل. النظام التمويلى يصبح جيدًا، بناءً على هذا المعيار، عندما لا تكون مثل هذه الأحداث مرجحة الوقوع على مستوى الأفراد. وبالتالى نادرة على مستوى السكان كلهم. هذا المقياس يجمع كلاً من حجم المخاطرة وظروف الفرد الاقتصادية. من منظور الإنصاف، التباينات داخل هذه الاحتمالية لجماعات السكان كلها ترتبط بشدة بتقرير الأولويات لتوسيع الحماية ضد المخاطر. فعليًا، لقد كانت هذه هى المخاطر التى أدت بالعديد من البلدان ذات الدخل المتوسط فى السنوات الأخيرة (من كولومبيا إلى تايوان: مشروع إصلاح قطاع الصحة فى كولومبيا ١٩٩٦؛ لو وهيسياو ٢٠٠٣) لتأسيس أو توسيع نظم الضمان الاجتماعى.

المعايير التى نقترحها لا تأخذ فى حسبانها رضا الجمهور عن المستوى المتاح للحماية ضد المخاطر. بدلاً من ذلك، صور ردود الفعل هذه سوف نلتقطها أثناء حساب الرضا العام للمواطنين عن النظام الصحى. وبالمثل، تأثيرات نقص الحماية ضد المخاطر الصحية سوف تنعكس فى توزيع الحالة الصحية على فئات السكان.

تحديد مستويات المخاطر المالية التى نقوم بتعريفها بهذه الطريقة يتطلب بيانات مسح للأسر حول استخدامهم للرعاية الصحية ومجالات الإنفاق. مثل هذه الدراسات قد تكون عالية التكلفة والصعوبة، خصوصا فى البلدان الفقيرة. ولكن المصلحين المهتمين بإجراء تقييم دقيق للأداء على المستوى الوطنى حول هذا الهدف يجب أن يستعدوا لدعم مثل هذه الأبحاث.

أداء قطاع الصحة فى علاقته بالنظام الاقتصادى والاجتماعى الأوسع

حتى يكتمل تحليلنا لأداء القطاع الصحى، علينا أن نأخذ فى اعتبارنا حقيقة أن السياسة الصحية تؤثر وتتأثر بالنظام الاقتصادى والاجتماعى الأوسع. تفعل الحكومات الكثير من الأشياء فى ميدان السياسة الداخلية بعيدًا عن الصحة، دعنا نسمى هذه الأنشطة "نظام السياسات الاقتصادية الاجتماعية". العلاقات بين ذلك النظام والصحة أكثر تعقيدا. كل المتغيرات فى كل نظام من المفترض أنها تؤثر على كل المتغيرات فى النظام الآخر. وعلى الأخص، قرارات السياسة فهى تعمل بشكل مباشر للتأثير على أهداف الأداء الصحية والغير صحية، وبشكل غير مباشر من خلال بصمتها على سمات متنوعة للنظام مثل الكفاءة، وسهولة الحصول على الخدمة. إضافة إلى ذلك، كل هذه المتغيرات هى نفسها تخضع لتأثير تنويعة من العوامل الأكثر عمومية، تشمل الحياة السياسية، والثقافة والتاريخ، والمؤسسات.

هذه التفاعلات التبادلية تتدفق فى كلا الاتجاهين. مثلاً، الضرائب على التبغ لمكافحة التدخين قد تؤثر تأثيرًا ضارًا على النمو الاقتصادى فى مناطق زراعة التبغ. وبالعكس، تنمية السياسات الاقتصادية والاجتماعية العامة (مثلاً، التزام حكومة ما باللامركزية) قد تؤدى إلى تغييرات فى القطاع الصحى. لنضعها ببساطة، لا يمكن تقييم سياسات القطاع الصحى بشكل منعزل.

لحساب هذه الصلات بين القطاع الصحى وبقية المجتمع، مطلوب تقديم معلومات عن عاملين رئيسيين لعملية صناعة السياسة فى القطاع الصحى. أولهما تكلفة النظام، حيث إن ذلك يؤثر على العبء الذى يفرضه قطاع الصحة على المجتمع وكم من الأموال يتحملها المجتمع للسعى نحو تحقيق أهداف أخرى. العامل الآخر يتضمن العلاقة بين إصلاح عادات المجتمع وأعرافه والممارسات الثقافية فيه، وبين أشكال التعبير عن ذلك من خلال العملية السياسية.

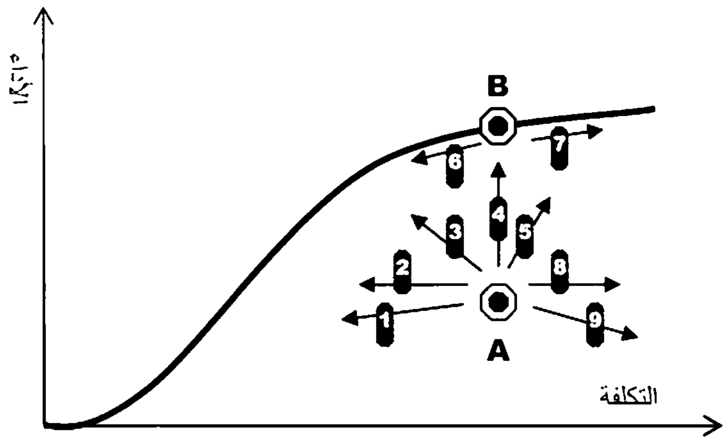
دور التكلفة فى تعريف المشكلة

فى الفصل الأول طرحنا أن السياق العالمى لإصلاح القطاع الصحى يتضمن مرارًا صدامًا داخل البلد بين التكلفة المرتفعة والتوقعات المرتفعة من جانب، وقدرة محدودة على الدفع من ناحية أخرى. فعليًا، ليس مستوى التكلفة، ولكن التغييرات المفاجئة فى التكلفة – أو حتى التغييرات فى معدل زيادة التكلفة – التى تجذب الانتباه السياسى. نتيجة مثل هذا الانتباه هو بعض الأشكال المحسوسة "لإشكاليات العلاقة بين التكلفة والأداء".

تظهر البيانات العالمية إلى أن نفس مستوى الإنفاق الصحى يعطى بشكل صارخ نتائج مختلفة باختلاف البلدان. بعض الأمم تحصل على نتائج طيبة بمستويات من الإنفاق أقل كثيرًا عن غيرها. لذلك، إنفاق مزيد من النقود (رغم أنه قد يكون معاونًا) قد لا يكون ضروريًا ولا كافيًا أيضًا لتحسين أداء قطاع الصحة. مثلاً، نظام الإدارة القائم والهيكل التنظيمى فى بلد ما، قد يكونا على هذه الشاكلة التى تمكن من الحصول على أفضل أداء من الموارد القائمة. وقد تكون حتى هى الحالة التى يصبح عندها إضافة تمويل إهدارًا للموارد، لذلك يجب زيادة الطاقة لاستيعاب الدخول الإضافية، إذا ما كان مطلوبا نتائج أفضل بضخ مزيد من الأموال.

التكلفة هى إحدى الصلات الكبرى بين قطاع الصحة والنظام الاجتماعى والاقتصادى الأوسع. على المدى القصير، الكمية المتاحة للصحة قد تكون مجرد بواقى – تتحدد بواسطة اقتصاد البلد وباقى برامج الحكومة وأوجه إنفاقها الأخرى. قد يمثل توافر تمويل عام قيدًا يجب الرد عليه من قبل رجال الإصلاح. من زاوية نظر بعيدة المدى، مشاكل الترتيبات المالية لم تحل مع ذلك. يستطيع المصلحون تطوير خطط لحشد وتعبئة الموارد الجديدة سواء بشكل عام (أى نظم تأمين اجتماعى جديدة)، أو مستهدفين أهدافًا بعينها (مثل رسوم مقابل الخدمة فى

المستشفيات الريفية). ولكن مرة أخرى، أى نقود تنفق فى سبيل الصحة هى نقود ليست متاحة لأغراض أخرى. مثل هذه المقايضات هى فى القلب من أشكالية تكلفة الأداء عند أى أمة.



إشكاليات "تكلفة الأداء" قد تأخذ عدة أشكال. معظم الأنظمة الصحية لا تعمل بالكفاءة الكاملة. ومن هنا، موقع هذه الأنظمة يأتى فى مكان النقطة "A" فى الشكل رقم ٥,١، حيث ننتظر مزيد من الأداء عند مستوى الإنفاق الحالى. مثل هذه الأمم تواجه خمس خيارات حول كيفية تغيير العلاقة بين التكلفة والأداء، كما تصورها الأسهم الموجودة فى الرسم التوضيحي:

١. قبول أداء منخفض بشكل ما من أجل تخفيض ملموس للتكلفة.

٢. التوفير بالقدر الممكن دون تخفيض العائد.

٣. تحسين الكفاءة من أجل كل من تقليل التكلفة ورفع مستوى الأداء.

٤. تعظيم الأداء إلى أقصى حد ممكن فى إطار الميزانية الحالية.

٥. تحسين الأداء إلى المدى الذى يجعل من الضرورى ضخ مزيد من النقود.

انظر فى بعض النماذج الخاصة. بلاد مثل أرمينيا أو طاجيكستان، فى أعقاب الحرب أو العصيان المدنى، قد تجد من الضرورى التركيز على تخفيض التكلفة. كما هو موضع فى رقم ١ أو ٢ فى الشكل رقم ٥,١ (فيتشام واخرون ١٩٩٩). من الناحية الأخرى، بلاد مثل البرازيل أو روسيا، وهى بلاد تنمو، قد يكون اهتمامهم أولا هو تحسين الأداء – حتى ولو ارتفعت التكلفة شيئا ما، كما هو موضح فى ٤ أو ٥ (واينز وزوجر ٢٠٠٠).

إضافة إلى ذلك يشرح رسم ٥,١ الاختيارات المفتوحة أمام أمة ما، كفاءة أدائها على ما يرام (عند النقطة "B") – وهى حالة نعتقد أنها غير شائعة. عند هذا الوضع، التكلفة ودرجة الأداء يصعدان معا أو يهبطان معا (التغييرات ٦ و٧ فى الرسم التخطيطى).

فى الواقع المعاش، أكثر من ذلك، تغييرات مثل ٨ تحدث أحيانا. عندها، تتصاعد التكلفة دون أى تحسين فى الأداء – مثلا، عندما تحدث ضغوط سياسية لتعيين المحاسيب فى وظائف. حتى تحرك مثل ٩ – عندما ترتفع التكلفة وينخفض الأداء – معروف أنه يحدث. المثل الذى يضرب على هذه الحالة يفترض أن الضوابط المنظمة الجديدة فى نظام الميديكير بالولايات المتحدة الأمريكية فى السنوات الأخيرة، قد أحدثت هذا الوضع بالضبط.

غالبا ما يختلف شتى اللاعبين فى جدال الإصلاح الصحى حول طبيعة أشكالية العلاقة بين التكلفة والأداء التى تواجه بلادهم. غالبا ما تدافع وزارات المالية عن منطق يقول إن الأمة تقف عند النقطة "A"، وأن التغيير مثل السهم ٣ – مزيد من الأداء وتكلفة أقل – هو التغيير المطلوب. وعلى النقيض تميل وزارة الصحة إلى الجدل بأن النظام يقف عند النقطة "B" وأن التحرك فى اتجاه السهم ٦ – مزيد من الإنفاق لمزيد من الصحة – هو الاستجابة الملائمة الوحيدة. قد يكون صعبا بالنسبة لوزارة الصحة الإقرار بأن الأمة تقف عند النقطة "A"؛ لأن ذلك يعكس سوء تنفيذ الوزارة لمسئولياتها.

تميل مختلف أوجه التكلفة لأن تصبح بؤرة اهتمام فى سياقات مختلفة. تنظر الحكومات غالبًا إلى التكاليف فى ميزانيتها فقط. من ناحية أخرى، حتى فى البلدان الفقيرة، يأتى جزء ملموس من الإنفاق الصحى مباشرة من المرضى. من هنا النظر فقط إلى الإنفاق الحكومى لا يكفى، إذا ما توجه اهتمامنا إلى العبء الكلى الذى يضعه القطاع الصحى على كاهل المجتمع. فعليًا، التقييم الشامل سوف يتضمن التكلفة الغير نقدية، مثل الوقت والمجهود الذين يتم إنفاقهما بواسطة المرضى وعائلاتهم، لأن ذلك يمثل جزءًا من العبء الاقتصادى الكلى (تكلفة الفرصة) لقطاع الصحة. فى الواقع، حتى الدراسات التفصيلية لحسابات الصحة القومية لا تسجل مثل هذه التكلفة الغير نقدية (ساور-بورن وآخرون ١٩٩٥، وبوبكين ودوان ١٩٩٠).

كيف يستطيع بلد ما معرفة إذا ما كانت تكلفة قطاع الصحة به ملائمة أم لا؟ أحد المقاربات هى مقارنة مكاسب إنفاق المزيد "خارج" قطاع الصحة، إلى مكاسب إنفاق المزيد "داخله". سوف يقول النفعيون الذاتيون إن مسطرة القياس التى سوف تستخدم فى مثل المقارنة بين المكاسب هذه، يجب أن تكون التغييرات فى رضاء المستهلك. وعلى النقيض، النفعيون الوضعيون يجب عليهم صياغة رقم دال لقياس المكاسب لكل من أنشطة القطاع الصحى والقطاعات الغير صحية. ومن ثم، يجب عليهم أن يسألوا: هل الزيادة فى الصحة، التى سوف تأتى من إنفاق المزيد على الصحة، هل كانت هذه الزيادة تساوى بشكل أو بآخر أكثر من الخسارة التى قد تنتج من إنفاق أقل على بعض الأهداف الأخرى (مثل، حماية البيئة أو التعليم..)؟

مهما كانت الطريقة المستخدمة، كلما كان مجال التحليل أعرض، كلما أصبح من الأصعب مقارنة المكاسب والخسائر. من الصعب بما يكفى تقرير كيف تحسب مقدار كمى للألم العضوى والمعاناة، مقابل المقدار الكمى لتشوه القدرة على الفهم والوعى فى المرض العقلى من أجل تقييم تحويل موارد الميزانية من علاج الإصابات الجسدية إلى الصحة النفسية والعقلية. ولكن الأكثر صعوبة أن نقرر

كيف تحسب أى من الحالتين السابقتين، مقابل المكاسب المحققة من التعليم الأولى الموسع، أو من زيادة الحماية لأنواع الكائنات المهددة بالفناء.

فى الممارسة العملية، تجيب المجتمعات على هذه الأسئلة خطوة فوق خطوة، بتغيير مستويات الإنفاق، وطرق التمويل خطوة خطوة بحثًا عن توازن معقول. مثل هذه القرارات بشكل خاص صعبة؛ عندما لا يستطيع بلد ما تمويل نظام رعاية صحية يحقق له أهداف الحالة الصحية. لسوء الحظ، تلك هى الحالة اليوم فى العديد من البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل. هنا مرة أخرى، نعتقد أن المصلحين الذين يتحلون بالمسئولية مضطرون إلى تقدم الصفوف فى إخبار مواطنيهم بالحقيقة حول الاختيارات التى يواجهونها وفى صياغة استجابات اجتماعية فعالة.

ليس من الممكن حل كل المشاكل فى عالم موارده ومعارفه محدودة.

تحليل توزيع التكلفة

من وجهة نظر وضع أولويات إصلاح القطاع الصحى، ليس فقط مستوى التكلفة، ولكن أيضًا توزيع هذه التكلفة يكتسب مغزى مهما. مثل قضايا التوزيع هذه غالبًا ما تكون بؤرة ينصب عليها الانتباه السياسى المكثف. إلا أنه غالبًا ما تصبح مثل هذه القضايا محل سوء فهم، وفى الواقع هى قضايا أكثر غموضًا مما يفترض عادة. ومع ذلك تلك هى مساحة أخرى يجب على كل أمة أن تصدر فيها أحكامها الأخلاقية الخاصة – وفى هذه الحالة، كم قدر "مناصرة الفقراء" الذى تريد الأمة أن تجعل نظام تمويل الرعاية الصحية يمنحه لهم؟

الصعوبة الأولى فى حسابات العبء التمويلى للقطاع الصحى، هو أن الشخص الذى يدفع ضريبة ما، قد لا يكون فى نهاية الأمر قادرًا على تحمل عبئها.

مثلا، الاشتراكات التى يدفعها أصحاب الأعمال فى الضمان الاجتماعى، قد ينتج عنها فى النهاية الصورة المركبة من أجور منخفضة للموظفين، وأرباح أقل لأصحاب الأعمال، وأسعار أعلى للمستهلكين. تحديد كيف "ينحرف اتجاه" عبء ضريبة معينة سوف يتطلب عموما بحثا إحصائيًا عالى التقنية (جروبر ١٩٩٧، جروبر ١٩٩٤). من ناحية أخرى، الجانب السياسى لتمويل القطاع الصحى غالبا ما يتجاهل هذه التعقيدات حيث إن جماعات المصالح تركز انتباهها على فرض مسئولية الدفع المالى المباشر على بعضها البعض.

هناك مضاعفات إضافية. يتم تمويل زيادة الإنفاق الحكومى على الصحة بواسطة استقطاعات من برامج حكومية أخرى. فى الواقع يدفعون للأنشطة الجديدة من الأنشطة التى تفقد المزايا التى كانت تأتيها من البرامج التى يسدل عليها الستار. أكثر من ذلك، فى العديد من البلدان، بعض أو كل أشكال الإنفاق الصحى يأتى من خزانة الحكومة العامة، التى تعتمد على العديد من المصادر المختلفة للإيرادات. ولكن من ثم كيف لنا أن نعرف أى برامج أصبحت أصغر مما هو مفترض؟ أو أى ضرائب أصبحت أكبر مما هو مفترض، نتيجة لأوجه الإنفاق الصحى؟ (روزن ٢٠٠١).

فى الممارسة العملية، غالبا يصبح من الأسهل الإجابة على مثل هذه الأسئلة، إذا ما كنا مهتمين بالأثر الهامشى لتعديل صور الإنفاق – بدلا من توزيع العبء الكلى للإنفاق الصحى. من النادر إمكانية إجابة سؤال: "ماذا ستكون عليه الأسعار، والدخول، والأعباء الضريبية فى الاقتصاد لو تخلصت الحكومة من "كل الإنفاق الصحي؟" ومع ذلك، بالنسبة للقائمين على الإصلاح الصحى، كلما كان السؤال الهامشى مطروقا، كلما كان وثيق الصلة بالموضوع. وفوق كل ذلك، التأثير المتضاعف لأى تغيير فى النظام التمويلى هو الذى سوف يثير على الأرجح رد الفعل السياسى الأقوى. أكثر من ذلك، بعض أعباء التكلفة ليست بهذا القدر من

الغموض أو التعقيد الذى يمنع تحليلها – أبرزها تحليل توزيع تكلفة الإنفاق من الجيب الشخصى. ومثل هذا الإنفاق سبب تقريبى للمخاطر المالية. من الناحية الأخرى، المناقشات حول عدالة خطة التمويل بأكملها، البسيطة فنيًا، ولكنها القوية سياسيا، تحدث بشكل منتظم.

عند تقييم توزيع التكلفة، يميل الاقتصاديون للتركيز على ما يحدث لشتى الجماعات ذات الدخول على اختلافها – المفهوم الذى يسمونه "الإنصاف الرأسى" (بيتشمان ١٩٨٥). ولأسباب تاريخية معقدة، النقطة المرجعية الحاسمة لمثل هذا التحليل، هى الضريبة التى تأخذ نفس "النسبة المئوية" من دخل الغنى مثل دخل الفقير. مثل هذه الضريبة تسمى ضريبة "نسبية". الضريبة التى تقع بشكل أقوى على الغنى (أى الضريبة التى تأخذ حصة أعلى من دخولهم)، تسمى "الضرائب التصاعدية". والضريبة التى تأخذ نسبة أعلى من دخل الفقير، تسمى ضرائب "ارتدادية".

أسعار رسوم العلاج ورسوم الاشتراك فى التأمين الصحى هى بشكل واضح تماما ارتدادية الطابع. فهى تأخذ نفس كمية النقود من الغنى والفقير، مما ينتج عنه عبء أعظم كثيرا، كنسب مئوية، على الفقير. (ومع ذلك، لاحظ أن الغنى يستطيع دفع ضرائب أعلى كثيرا مما يستطيعه الفقير فى حالة الضرائب الارتدادية – حتى ولو كانت هذه الضرائب تمثل نسب صغيرة من دخولهم). خطط التأمينات الاجتماعية، المموّلة بالضرائب على الأجور، هى ضرائب ارتدادية نوعا ما. الدخل المكتسب (فى مقابل الدخل من الاستثمار) هو نسبة أعظم من كل الدخول عند المستويات الدنيا من الدخل. ومن هنا ضريبة على الدخل المكتسب تأخذ نسبة مئوية أعلى من الدخل الكلى من هؤلاء أصحاب الدخول الدنيا. إضافة إلى ذلك، عديد من الأمم تضع حدا أعلى على إجمالى الضرائب على الأجور التى يدفعها الفرد. وهذا يحدد بشكل مؤثر على ارتدادية النظام. ضرائب المبيعات أو الضريبة على القيمة المضافة، هى أيضا وبشكل متواضع نوع من الضرائب الارتدادية.

لنضع في حسباننا مثل هذه الاحتمالات، نحث المصلحين أنهم عند القيام بتقييم توزيع تكلفة الرعاية الصحية، أن يأخذوا فى اعتبارهم فى نفس الوقت توزيع المنافع. مثلاً، فى البلدان ذات التمويل الحكومى سيئ الأداء، الإيرادات التى يتم جمعها (والاحتفاظ بها) محليًا قد تكون هى الطريقة الوحيدة التى يمكن الاعتماد عليها لتمويل الخدمات المتزايدة فى المناطق الريفية. تمويل مثل هذه الخطط إذا قام على أساس أسعار الخدمة، يصبح تمويلاً ارتداديًا تمامًا. ولكن هذا هو نصف القصة فقط – الخدمات المحسنة هى النصف الآخر. يمكن تناول اهتمامات الليبراليين المنادين بالمساواة (أنه لا أحد يدفع إلى حد أدنى أقل من الفرصة الاقتصادية) عن طريق إعفاء أفقر الفقراء من أسعار الخدمة هذه.

أيضا هى يحلل الاقتصاديون العبء المالى بمعايير "الإنصاف الأفقى". هذا المفهوم يقول إن الناس عند المستوى الاقتصادى الواحد يجب أن يعاملوا بنفس المعاملة. فى سياق الإصلاح الصحى، أوسع القضايا فى هذا المجال تميل لأن تكون أقليمية الطابع. لو تحولت البلد بتمويل الرعاية الصحية نحو المستوى المحلى أو الإقليمى، والمناطق الأفقر يصبح مطلوبًا منها دفع ضرائب أعلى لتوفير نفس مستوى الخدمات الموجودة بالمناطق الثرية. هذا هو السبب فى أن بعض خطط اللامركزية المالية (كما فى تشيلى) تتضمن أيضًا صناديق للمساواة ما بين الأقاليم. وبالمثل، حيث إن تكلفة تقديم خدمات للمناطق الريفية المنتشرة هنا وهناك هى نمطيًا أعلى، التمويل المحلى فى المناطق الريفية يعنى إما أن تدفع أكثر، أو تحصل على الأقل. يدافع الاقتصاديون عن منطق أن مثل هذه التباينات ما بين الأقاليم تعنى انتهاك مبدأ الإنصاف الأفقى. أيضًا تستطيع ضرائب معينة أخرى – على السجائر أو الكحوليات مثلاً –إثارة قضايا إنصاف أفقى. فهى لا تثقل فقط كاهل أنواع معينة من المستهلكين، ولكنها أيضًا تستطيع التأثير بشكل غير متناسب على الفلاحين والعمال ورجال الأعمال، الذين هم جزء من الصناعات التى تمول الضريبة.

الصلة الكبرى الثانية بين إصلاح القطاع الصحى، والنظام السياسى، والاجتماعى الأوسع، تكمن فى القيم والجانب السياسى لكل طائفة اجتماعية بعينها. مرة أخرى، مثل قضايا التكلفة، هذه القوى قد تصبح موانع على المدى القصير، وعوامل قابلة للتعديل فى المدى الأبعد. مثل هذه التفاعلات المتبادلة قد تنشأ على الأرجح فى ثلاث سياقات مختلفة: (١) فى تعريف أهداف الأداء، والأهمية النسبية المعطاة لكل منها – والتى تؤدى بدورها إلى أولويات الإصلاح، (٢) فى استراتيجيات الإصلاح التى تختارها أمة ما، (٣) فى المخطط التفصيلى لسياسات بعينها.

عندما يأتى الأمر إلى تعريف الأهداف وترتيبها من حيث الأسبقية، لاحظنا فيما ورد أعلاه أن العديد من القضايا، التى يبدو عليها ظاهريا أنها قضايا فنية – مثل كيف تقيس الحالة الصحية؟ – تتضمن اختيارات طبقًا للقيم التى نؤمن بها. أكثر من ذلك، وكما ناقشناه فى الفصل الرابع، عملية وضع أولويات عملية الإصلاح الصحى، هى دائمًا عملية سياسية، تتضمن محترفى حروب القضايا التنفيذيين، إلى جانب محرمات ثقافية، وجماعات المصالح الاقتصادية والسياسية.

لمن يمتلكون خلفية اقتصادية، أو خلفية ذات علاقة بالرياضيات، هذه المعادلة سوف تساعدهم. يمكننا رؤية أهداف الأداء بوصفها محاور رسم بيانى يحدد "مساحة أداء القطاع الصحى". ولكن حتى نصدر فعليًا أحكام وسط النواتج البديلة يتطلب ذلك أيضًا "وظيفة موضوعية" ترتب أو تقارن بين النواتج المتنوعة فى هذه المساحة (أدواردز ونيومان ١٩٨٦). فى الواقع العملى، هذا الترتيب ينبع من النظام السياسى لكل بلد – متأثرًا بنفوذ رجال الإصلاح، والمدافعين عنه، والزعماء السياسيين، كل منهم يعمل فى ظل تركيبته الخاصة من المبادئ والمصالح الشخصية. وهكذا الآراء حول الإنصاف، وحول المخاطر، وحول أهمية الصحة الموضوعية مقابل الرضا الذاتى، سوف تترجم، بل ويجب أن تترجم بشكل ظاهر نفسها فى عملية وضع الأهداف، وتعيين أولويات الإصلاح.

الشكل الثانى الذى تدخل به الثقافة والسياسة عملية الإصلاح، هو من خلال الاستراتيجيات العريضة، التى تضعها البلدان فى اعتبارها أثناء عملية تصميم السياسة. هل الحكومة موضع ثقة أم لا؟ هل يجب أن تكون البرامج متماثلة فى كل مكان بالبلد؟ بل وحتى هل نستطيع وضع الثقة فى الحكم المحلى – أو خصوصًا – لو أصبح هذا الحكم تحت سيطرة الأقليات العرقية أو الخصوم السياسيين؟

الاتجاهات السياسية والثقافية العريضة تميل على الأرجح للتغلغل بعمق فى مجرى الحوار السياسى وصنع القرار – ربما بطرق لا يدركها حتى الناشطون التحليليون. فهذه الاتجاهات تعكس "الاستراتيجيات" العريضة أو "إجراءات التشغيل القياسية" التى تتطور فى تصاعد كلما مر الزمان فى النظام السياسى للأمة ولا تقبل التعديل بسهولة. بالطبع، تستطيع أزمة على درجة كافية من الشدة إن تؤدى إلى وضع هذه الافتراضات محل تساؤل أو إلى مراجعة القواعد القديمة المرعية. ولكن الطاقة والجهد المطلوبين لهذا العمل، سوف ننفق قدرًا كبيرًا منهما حتى نضع شكلاً للجدل حول الإصلاح الصحى. مثلاً، خصخصة نظام العيادات الخارجية الحكومى سابقًا كان عملية سهلة فى سلوفاكيا، ولكن لم يتمكن أحد من حتى وضعه على الأجندة فى سرى لانكا– مما يعكس الاتجاهات التاريخية والثقافية المختلفة فى كل منهما.

الصلة الثالثة بين الثقافة والحياة السياسية، وبين إصلاح القطاع الصحى، تنشأ لأن المجتمعات تمتلك العديد من الأعراف والمحرمات التى تؤثر مباشرًا على قطاع الصحة. فهناك قائمة الأعراف الثقافية ذات الصلة بهذا الموضوع وهى طويلة طول بالغ يصعب لذلك يصعب حصرها، ولكن هنا بعض الأمثلة. أولاً، هناك معتقدات تتصل بقضايا الموت والحياة، تتضمن الإجهاض، الإنعاش القلبى، والانتحار الطبى. ثانيا، هناك عادات تتصل باستخدام أنواع عدة من المواد، من التبغ إلى الكحول إلى الكافيين والكوكايين. ثالثًا هناك أعراف حول الحياة الجنسية، من تحريم الشذوذ الجنسى أو الجنس السابق على الزواج، إلى آراء حول الدعارة

ومنع الحمل. لدى العديد من المجتمعات أيضا آراء حول الطريقة الواجبة للتعامل مع الجسد ذاته (سواء حيا أم ميتا)، وهو ما يصوغ شكلا للقبول بالممارسات التى تتراوح من نقل الدم إلى طهارة الذكور. فى الأمم البوذية، مثلا، حيث إن التعريف السائد للموت هو "موت القلب" وليس "موت المخ"، هناك نقص حقيقى للأعضاء يتوافر من أجل عمليات زرع الأعضاء (لوك ١٩٩٥).

آليات الحركة الاجتماعية الأعرض تؤثر أيضا على الحالة الصحية – تتراوح من أنساق العلاقات العائلية الداخلية لتوزيع الطعام (الذكور يأكلون أولا) إلى تباينات استخدام الرعاية الطبية القائمة على أساس النوع. الأعراف الاجتماعية حول دور الطب العضوى الغربى تؤثر أيضا على النظام فى العديد من البلدان. وتستمر القائمة: دور القابلات التقليديات فى حضور الولادات، وهل يمكن أن يعالج الطبيب أو الطبيبة مرضى من النوع المعاكس؟ واستعداد المريض للحديث بصراحة مع الطبيب. عند تقييم أى سياسة مقترحة، يحتاج رجال الإصلاح إلى تدبر المدى الذى سوف تنتهك فيه هذه السياسة مثل هذه الأعراف، وماذا يعنى ذلك بالنسبة لجدواها السياسية والقدرة على تنفيذها. قد ينتهى العمل الشاق فى صياغة سياسات محل جدل ونزاع إلى إقرارها سياسيًا، وكذلك جهود التسويق الاجتماعى الخلاقة (كما سوف نناقشها فى الفصل ١٢) تستطيع أن تغير الاتجاهات. لذلك الموانع الثقافية موانع مرنة ومطاطية، ولكنها تتواجد دائما، ونحتاج إلى وضعها فى الاعتبار دائما.

المدى الذى يجب أن يحترم فيه رجال الإصلاح العادات المحلية، هو أمر يعتمد كما هو مفترض على منظورهم الأخلاقى. بالنسبة إلى أنصار مذهب المجتمعية النسبية (relative communitarians)، يجب أن تصبح العادات والقيم المحلية محور أى سياسة صحية فى بلد ما. بالنسبة لأنصار الليبراليه، يجب أن يكون الأفراد أحرارا فى إتباعهم للأعراف المتبعة والتقاليد. إذا ما أرادوا ذلك

حقًا. ولكنه اختيار الفرد - وليس عادات الطائفة الاجتماعية - هو الجدير بالاحترام. من هنا عادات وأعراف الطائفة الاجتماعية التى تقيد الحرية أو الفرصة (مثلاً، معارضة طالبان لتعليم الفتيات) هى التى قد تلقى معارضة الليبراليين المنادين بالمساواة. بالنسبة للنفعيين الذاتيين، لو أن إتباع العادات يزيد من انتفاع شخص ما، فمن ثم هذا الشخص يجب أن يكون حرًا فى أن يفعل كذلك. ولكن مرة أخرى، وعلى عكس أنصار مذهب الطوائف الاجتماعية، وعلى نفس منوال الليبراليين، بالنسبة للنفعيين الذاتيين، العادة الاجتماعية هى وسيلة، وليس غاية فى حد ذاتها. النفعيون الوضعيون من المفترض أنهم حتى أكثر توجهًا نحو الغاية - يحترمون العادات الاجتماعية المحلية إلى المدى الذى يزيد فعل ذلك من الحالة الصحية (مثلاً، إذا ما يسر ذلك زيادة طواعية المرضى لطرق العلاج).

أحد مجاميع "العادات" التى نحتاج إلى لفت الانتباه إليها هى آراء الغرب الحالية حول اختيارات المريض وموافقته بناءً على الإلمام بالمعلومات. وهذا يستدعى بالنسبة للمريض اتخاذه شخصيًا كل القرارات الحاسمة فى علاجه، وحتى يحدث ذلك يجب أن يتم على أساس الصراحة الكاملة من الطبيب فى تشخيص المرض، وشرح عواقب الطرق المختلفة فى العلاج المتبع. أنصار التطبيق الشامل لمثل هذا الأسلوب يدافعون عن منطق أن علاج المرضى بهذه الطريقة يحترم حقوق الإنسان الجوهرية. أنصار مذهب الطوائف الاجتماعية النسبى- على النقيض- يرون هذه العادات ممارسة ثقافية خاصة، ويؤمنون بوجوب إتباعها فقط فى البلدان التى تلقى فيها هذه العادات قبولاً واسعًا. فى بعض المجتمعات الآسيوية الشرقية بعينها، مثلاً، نادرًا ما يخبرون المرضى كبار السن بتشخيص المرض إذا كان مرضًا عضالاً، ولا يحدث أبدًا مع هؤلاء المرضى، أن يسمح أطباؤهم، ولا عائلاتهم أن يتخذوا بأنفسهم كل القرارات الحاسمة فى رعايتهم طبيًا.

وبينما يتحتم أن تتخذ الأمم قراراتها فى هذه القضايا الأخلاقية (وغيرها). أحد الحلول التوافقية الممكنة هو احترام اختيارات المريض سواء أكان ذلك الاختيار أحد عادات المجتمع، أم أنه اختيار خاص للمريض – على عكس العادة الاجتماعية. وحيث لا نجد مثل هذه الظروف، وحيث إن كلاً من المجتمع والفرد على رضا بأشكال أخرى من الإجراءات، نعتقد أن رجال الإصلاح يجب ألا يستبدلون مقاييسهم أو آراءهم بالمقاييس أو الآراء ذات الجاذبية للمرضى والأطباء فى نظام قومى معين.

الملخص

فى هذا الفصل قدمنا حالة لمحاكمة أداء القطاع الصحى بمعايير ثلاث أهداف للأداء – الحالة الصحية، ورضا المواطن، والحماية ضد المخاطر. أكثر من ذلك، دافعنا عن منطق أن نوعين من الاختبارات أو الأحكام نحتاج إلى تطبيقهم من أجل تقييم إنجازات أمة ما فى كل من هذه الميادين الثلاث – كلاً من متوسط الأداء فى الأمة، وما تفعله الأمة على أرضية الإنصاف. وللمدى الذى تتشارك فيه الأمة مع الاهتمام الدولى بالتخفيف من آلام الفقر، وتلبية الاحتياجات الأساسية، سوف تحصل قضية الإنصاف على أهمية متزايدة. ودافعنا أيضًا عن منطق أنه فى الأثناء التى نصدر فيها أحكام تتعلق بالإنصاف، البيانات المفصلة نسبيًا عن توزيع النتائج طبقًا للمنطقة وطبقًا للدخل وطبقًا للعرقية، من المفترض أنها سوف تكون على درجة حاسمة من الأهمية.

استكشفنا أيضًا الصلة بين القطاع الصحى – والأحكام حول أدائها – والنظام الاقتصادى الاجتماعى الأوسع. وجعلنا بؤرة الاهتمام نوعين من هذه الصلة: تكلفة القطاع الصحى، ونفوذ العملية الاجتماعية والسياسية؛ على إصلاح القطاع الصحى. ونادينا بقوة أن أى أحكام حول الأداء، يجب أن نصل إليها بأخذ هذين

النوعين من الصلات في الحسبان. ولقد شددنا مرة بعد مرة، التكلفة (وزيادات التكلفة) غالبا ما تستنهض الهمم من أجل الإصلاح. الثقافة، وميدان السياسة يصوغان تعريف المشكلة، ووضع الأولويات، وأنواع الاختيارات التى تستطيع الأمة أن تبحثها وتفكر فيها بشكل واقعى.

لاحظنا سابقًا أن هذا التركيز على الأداء النهائى يعكس "انحرافًا فى السياق" فى الطريقة التى نناقش بها إصلاح القطاع الصحى. تاريخيًا، مثل هذه المناقشات لم تركز على مثل هذه المتغيرات، ولكنها بدلاً من ذلك ركزت على السمات الهيكلية للنظام أو على متغيرات مثل "الكفاءة" أو "الجودة" أو "الوصول للخدمة". نحن نعتقد أن مثل هذه المعايير، يمكن فهمها على النحو الأفضل عند الرجوع إلى ما نسميه "مقاييس الأداء الوسيطة". تساعد صفات النظام هذه على تحديد مستوى الأداء لتحقيق أهداف النظام، ولكنها ليست فى حد ذاتها أهدافًا نهائية. ولأن هذه المتغيرات "الوسيطة" هى محل نقاش واسع ويمكنها أن تلعب دورًا معاونًا فى عملية التشخيص، سوف نستكشف تاليًا معانيها وأدوارها ببعض التفصيل.

٥

تقييم أداء النظام الصحى

تعلمنا التجارب أنه عندما يسعى رجال الإصلاح الصحى لفهم أسباب المخرجات الغير مرضية، غالبًا ما تلعب جوانب معينة من النظام دورًا هامًا. ليست سمات النظام هذه هى فى حد ذاتها الأسباب الجذرية لمصاعب الأداء ولا هى مظاهر لتلك الصعوبات على مستوى المخرجات النهائية. ومع ذلك يولى رجال الإصلاح عمومًا اهتمامًا كبيرًا لتحليل سمات النظام، لأنها حلقات وصل حاسمة فى سلسلة تربط الأسباب الجذرية بأهداف الأداء النهائية. إننا نشير إلى بيانات سمات النظام هذه بوصفها "مقاييس أداء وسيطة". فى الفصل التالى سوف نناقش ببعض التفصيل فكرة "رحلة التشخيص"، ذلك المفهوم الذى قدمناه فى الفصل الثانى (بيرفيك وآخرون ١٩٩١). مثل هذه الرحلة تبدأ بتعريف مشكلة أداء معينة ومن ثم التحرك لاكتشاف أسباب هذه المشاكل عبر خطوات متتالية عديدة. هذه العملية، كما نعتقد، سوف تؤدى غالبًا برجل الإصلاح الصحى إلى تفسير مناطق القصور فى الأداء على أساس سمات معينة فى النظام الصحى – مثل الكفاءة والجودة – وهذا الفصل مخصص لتوضيح، كيف يمكن تحديد تلك المفاهيم وقياسها؟.

افترض مثلاً بلدًا تتعرف على الحالة الصحية المتدنية فى المناطق الريفية بوصفها أولوية حاسمة للتعامل معها من خلال الإصلاح الصحى. عند استكشاف أسباب تطور مثل هذه الوضع، قد يجد الباحثون أن السكان فى الريف يفتقدون القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية، أو أن الخدمات المتوافرة ذات جودة طبية متدنية. وعم ذلك، هذه الاكتشافات لن تكون نهاية القصة. مَنْ سيكون من

رجال الإصلاح سوف يكون عليه عندئذ طرح سؤال، لماذا هى الخدمات غير متوافرة أو دون المستوى طبيًا. رغم ذلك، تحديد مشاكل فى سمات النظام – فى هذه الحالة، عدم إتاحة الوصول للخدمة والجودة بشكل كاف – يمكنه أن يكون خطوة مساعدة فى التشخيص، حيث إن هذا الاكتشاف يمكنه أن يصبح بؤرة تركيز مفيدة لمزيد من التحليل.

وكما قيل فى الفصل السابق، هذه القياسات الوسطية للأداء كانت محل قدر كبير من النقاش فى الأدبيات طوال سنواتعديدة. الأداء السيئ بهذه الأبعاد اتصف غالبًا – ونحن نعتقد أن ذلك تم بشكل خطأ– على أنه "مشكلة" أو "سبب" لمشاكل أخرى فى القطاع الصحى. رأينا هو أن هذه الاستنتاجات غير صحيحة. بدلاً من ذلك، المتغيرات التى سوف نناقشها فورًا هى عرض أمر وسيط بين الأسباب الجذرية، وبين أهداف الأداء النهائية.

كيف،إذًا، يستطيع المرء تحديد مقاييس وسيطة للأداء يضعها فى اعتباره الخاص فى عملية التشخيص؟ حيث إن أى قائمة سوف نجمعها، توجد فقط كقائمة للحصر، نريد أن نحدد المتغيرات التى تشكل أسبابًا هامة تتعلق بأهداف الأداء التى نحددها. ثانيًا، نحن نريد أوجه للنظام من المتوقع لها أن تتبوأ مركزًا بارزًا فى الجدل السياسى وحول السياسات. لو أن مراقبين آخرين، ونقاد وأطراف مهتمة أخرى على الأرجح سوف ينصب انتباههم على مقياس بعينه، يجب أن يعطى رجال الإصلاح الصحى ذلك العامل عناية خاصة فى عملهم التشخيصى. ثالثًا، المتغيرات التى نسلط عليها الضوء يجب أيضًا أن تخضع لنفوذ اختيارات إصلاح القطاع الصحى. فلو أن هذه المتغيرات سوف تلعب دورًا "ناقلاً" فعالاً بين السياسة والمخرجات، لابد أن تصبح هذه المتغيرات عالية الاستجابة ومؤثرة.

بتطبيق هذه المعايير، نكون قد تعرفنا على ثلاثة مقاييس أداء وسيطة تم مناقشتها بشكل واسع، نعتقد أنه يجب أن تتميز بانتباه خاص: الكفاءة، والحصول على الخدمة، والجودة. لكل مفردة من هذه المفردات تنويعة من التعريفات والمعانى والاستخدامات. لذلك يجب علينا بذل قدر كبير من التوضيح للمفاهيم - إذا ما كان علينا إعطاء القارئ إطار عمل يستطيعون استخدامه بقدر من الدقة فى عملية التشخيص.

بعد مراجعة كل مصطلح من هذه المصطلحات، سوف نعود إلى سؤال "تعريف المشاكل الاستراتيجية". كيف يستطيع رجل الإصلاح استخدام المعلومات فى كل من أهداف الأداء النهائية، ومقاييس الأداء الوسيطة، كأساس لوضع الأولويات من أجل إصلاح القطاع الصحي؟

الكفاءة

ربما لم يتم تعريف مصطلح فى الأدبيات الاقتصادية وأدبيات السياسات بطرق مختلفة جدًّا أكثر من كلمة "الكفاءة". جوهر الفكرة التى تربط كل هذه التعريفات معًا هى فكرة إنجاز الفرد للكثير من أهدافه بأقصى ما يستطيع، مع وجود موارد محددة. وحيث إن ذلك يبدو أمرًا مرغوبًا فيه بوضوح، اكتسبت "الكفاءة" قيمة خطابية ذات وزن، كما لو كانت هدفًا غير قابل للنقاش بشكل ظاهر. وقد يفسر ذلك شغف مختلف الأطراف فى استخدام المصطلح من داخل إطار عمل المفاهيم الخاصة بهم. هنا بعض الأمثلة المختارة للأشكال العديدة فى استخدام المصطلح:

يصف الاقتصاديون اقتصاد ما أنه "كفء" إذا ما أنتج نوع معين من النتائج التى تلقى جاذبية عند النفعيين الذاتيين؛ أى، لا تستطيع أن تجعل شخصًا واحدًا أكثر سعادة إذا ما أصبح شخصًا آخر أقل سعادة. كما أشرنا فى الفصل ٣، مثل هذا الوضع اسمه "وضع باريتو الأمثال" (راينهاردت ٢٠٠١).

فى الصناعة يصف المهندسون مصنع ما "كفء" إذا ما تم تشغيله بالحد الأدنى من التكلفة لكل وحدة من المنتج (كار وهوبى ١٩٦٤).

يصف الموظفون التنفيذيون فى ميدان الأعمال استخدام دولارات الاستثمار النادرة بأنه استخدام "كفء" عندما ينتج هذا الدولار الحد الأقصى من معدل العائد. أحيانا تظهر هذه اللغة أيضا فى وزارات المالية أثناء وضع الميزانية عند مقارنة الإنفاق فى قطاعات مختلفة (بيرمان وشميدت ١٩٩٣).

كيف سنحدد إذا "الكفاءة"؟ فى إصلاح القطاع الصحى، فكرتان رئيسيتان على علاقة به: كيف تنتج الخدمات، وما هى الخدمات المنتجة. النظام ككل نظام "كفء" عندما ننتج الخدمات السليمة – مع التسليم بأهداف المرء –بالطريقة السليمة. وهذا يقودنا إلى فكرتين نوعيتين عن الكفاءة.

أول هاتان الفكرتان هى الكفاءة الفنية (أيضا تسمى أحيانا بكفاءة الإنتاج). ذلك يشير إلى أوضاع تنتج فيها البضائع أو الخدمات بالحد الأدنى من التكلفة. الصيغة البديلة ولكنها معادلة لذلك هى إننا نحصل على الحد الأقصى من المخرجات مقابل نقودنا. مثلا، هل التكلفة بالنسبة لليوم فى المستشفى أقل ما يمكن؟، أو هل أكبر عدد من المرضى بقدر الممكن قد تم علاجهم فى حدود الميزانية المتاحة؟ لذلك، فما تشمله هذه الفكرة هو أسئلة حول هل لدينا المزيج الصحيح من العاملين والأجهزة والمستلزمات والمنشآت؟. حيث إن "الكفاءة الفنية" تشير إلى كيف ننتج شيئا ما، وهى أولِيًا مسئولية المدراء فى نظام الرعاية الصحية.

فى الرعاية الصحية، هناك آلاف الأنواع المختلفة من الخدمات. عندما ننتج كل من هذه الخدمات بالحد الأدنى من التكلفة (أى، بطريقة كفء فنيًا)، يصف الاقتصاديون النتيجة بوصفها تقع على نقطة "حدود إمكانية الإنتاج". وهذا يعنى أن الطريقة الوحيدة للحصول على وحدة واحدة أكثر من المخرج؛ هو أن تنتج وحدة أخرى أقل.

الفكرة الأخرى عن الكفاءة، هى "كفاءة تخصيص الموارد"، التى تشير إلى هل الأمة تنتج المجموعة الصحيحة من المخرجات لتحقق أهدافها الكلية؟. بكلمات أخرى، هل هذه هى النقطة السليمة فى منحنى حدود إمكانية الإنتاج؟ يستخدم الاقتصاديون عادة مصطلح "كفاءة التخصيص" ليعنوا مجموعة من المخرجات التى تعظم رضاء المستهلك إلى الحد الأقصى. المخططون فى المجال الصحى حديثهم عن كفاءة التخصيص عندما يطرحون سؤالاً عما إذا كانت مجموعة معينة من الخدمات تعظم مكاسب الحالة الصحية إلى حدها الأقصى (وهى الفكرة التى أحياناً يسمونها "الفاعلية"؛ كريستال وبريفستر ١٩٦٦). تحسين كفاءة التخصيص، هو هكذا سؤال صريح يواجه أى شخص يحاول تغيير خليط من المخرجات (أى، جراحات تجميل أقل، ومزيد من الرعاية الأولية) التى ينتجها النظام.

انظر إلى المثال التالي: البلدان التى كانت جزءًا من الاتحاد السوفيتى السابق – مثل بيلاروسيا – وقعت تحت إلحاح من منظمة الصحة العالمية لتقوم باستثمارات ذات وزن فى التطعيم القومى ضد الحصبة كجزء من حملة المنظمة للقضاء على المرض. إلا أنه، مقارنة بالاستخدامات الأخرى لتمويل مختلف التطعيمات الأخرى، (أى الالتهاب الكبدى الوبائى "ب" أو الأنفلونزا)، لم يكن واضحا أن مكافحة الحصبة سوف يحقق أعظم فوائد للحالة الصحية بالنسبة لما هو متاح من تمويل. من منظور قومى ضيق، انتشار حالات الحصبة كان منخفضاً، والمكاسب من التطعيم قليلة، والتكلفة محسوسة. تقرير هل ننفق أموالاً محدودة على مثل هذا البرنامج هو أمر من أمور كفاءة التخصيص بشكل جوهرى.

وحيث إن الإطار الكلى الذى نتبناه، يتعرف على الأقل على ثلاث أهداف للأداء محتملة التنازع فيما بينها، سوف يكون تقييم كفاءة تخصيص الموارد من منظورنا أمرًا معقدًا. أحياناً الأول يتوجب عليه تقرير ما الذى يقترحونه للحكم على كل هدف منهم (بما فيها جوانب الإنصاف)، ومن ثم يجب تعيين مجالات مقايضة هم على استعداد لفعلها فيما بينها. فقط ساعتئذ، يستطيع رجل الإصلاح أن يعرفوا هل استطاعوا تحقيق أكبر قدر مستطاع من أهدافهم أم لا؟.

أكثر من ذلك، خليط المخرجات السليم ربما يكون غالبًا هو موضوع إلى أى درجة. العديد من الخدمات الطبية تظهر ما يسميه الاقتصاديون "الإيرادات الهامشية المنكمشة". أى، علاج المرضى الأكثر ملائمة والأحسن استجابة لنوع معين من العلاج – حتى ولو برعاية غالية الثمن جدًّا – قد يكون هذا العلاج فعالاً جدًّا بالنسبة للتكلفة. ومع ذلك، حين امتداد هذا العلاج لحالات أقل ملائمة، سوف تنكمش فعالية هذا العلاج بالنسبة للتكلفة، حيث إن التكلفة بالنسبة لكل حالة سوف تزيد وتزوى المنافع مع كل حالة تلو الأخرى. ومن هنا، تصبح القضية ذات العلاقة غالبًا ليست هى "الغسيل الكلوى نعم أم لا" أو "عملية توصيل شرايين القلب نعم أم لا"، ولكنها تصبح كم من الغسيل الكلوى، أو كم من عمليات توصيل شرايين القلب يستطيع أن يوفرها النظام، وإلى أى من المرضى؟ (فاينشتاين وستاسون ١٩٧٧).

وحيث إن تحسين الكفاءة الفنية وكفاءة التخصيص، يسمح لنظام رعاية صحية ما أن يؤدى بشكل أفضل بموارده القائمة، البلدان الموجودة فى وضع تقليص التكلفة مقابل الأداء غالبًا ما تسعى إلى تحسين الكفاءة من خلال إصلاح القطاع الصحى. ومع ذلك، قد يكون غالبًا أكثر صعوبة سياسيًّا تحسين كفاءة التخصيص من تحسين الكفاءة الفنية. تخفيض تكلفة إنتاج المخرجات لرفع الكفاءة الفنية ليس سهلاً. غالبًا ما يقاوم العاملون التغيير، وتحسين تقديم الخدمة قد يتطلب قدر كبيرًا من المجهود الشاق. رغم ذلك، القيام بذلك هو نسبيًا مهمة إدارة بشكل صريح. وعلى النقيض، تحسين كفاءة التخصيص يعنى تبديل ما يتم إنتاجه، وهذا على الأرجح يفرض نفقات عالية جدًّا على كاهل هؤلاء المنخرطين فى إنتاج واستهلاك المخرجات التى يتم تخفيضها. تحويل مسار الموارد (الناس والنقود) من بعض الأنشطة إلى أنشطة أخرى – من خدمات عالية التقنية، إلى الرعاية الأولية على سبيل المثال – غالبًا ما يواجه معارضة عارمة.

مع التسليم بالتعريفات التى قدمناها، من نحن لنرفع الدعاوى المتكررة والمثيرة للاضطراب بأن الكفاءة والجودة هما بالضرورة (أو على الأقل غالبًا) يتضادان؟ هذه الرؤية تقوم على أساس استخدام المصطلح "الكفاءة" بطريقة ضيقة جدًا، لنعنى تعظيم متوسط الحالة الصحية. فى هذا السياق، خدمة هؤلاء السكان فى المناطق الريفية قد تكون غير "كفء"، لأن مزيد من "سنوات العمر المعدلة بالمراضة" أو "سنوات العمر المعدلة بجودة الحياة" يمكن إنتاجها بنفس النقود إن لم ننفقها وعيننا على تحقيق الإنصاف. فى إطار العمل الذى نطرحه، "كفاءة" النظام (لتخصيص الموارد والفنية كلاهما) تتحدد بواسطة هل هى تحقق أهداف المجتمع بالحد الأدنى من التكلفة أم لا. هكذا يستطيع المرء بطريقة معقولة أن يسأل: هل نظام الأمة الصحى هو نظام كفء فى تحقيق أهداف الإنصاف؟. هل هو، مثلاً، يوفر مكاسب فى الحالة الصحية بالمناطق الريفية بالحد الأدنى من التكلفة؟ فى استخدامنا للمصطلح، لا يوجد سبب لإقامة كفاءة وإنصاف مع من يعارض ذلك.

تستطيع الكفاءة، مع فهمها بشكل سليم، أن تدفع الجودة إلى التقدم فعليًا – بجعل بلوغ أهدافنا لتحقيق الإنصاف أقل تكلفة (راينهارت ٢٠٠١).

فى الإجمال، كل من نوعى الكفاءة يشير إلى العلاقة بين المدخلات والنتائج المرغوبة. تعنى الكفاءة الفنية إنتاج مخرجات "بالطريقة الصحيحة"، بالحد الأدنى للتكلفة، بينما كفاءة تخصيص الموارد تعنى إنتاج "المخرجات الصحيحة" لتعظيم إنجازنا للأهداف. إذا لم يكن نظام الرعاية الصحية كفء فنيًا وتخصيصيًا، لن ينجز النظام شيئًا كما هو حرى به. وهذا هو السبب الذى يجعل من الكفاءة مدخل سليم فى قائمة مقاييس الأداء الوسيطة. قد تصبح عدم الكفاءة لحد بعيد سببًا لسوء الأداء. بل أكثر من ذلك، من المرجح أن تغيير حوافز النظام الصحى أو تنظيمه الإدارى سوف يخلف أثرًا على الكفاءة، على الأقل لو تم ذلك بشكل سليم. نحن نتوقع أن العديد من رحلات التشخيص سوف تنطلق من مخرجات سيئة، لتمر عبر كفاءة فقيرة، إلى نظرة على المصادر الأكثر عمقًا لهذا العجز، كطريقة لاكتشاف جذور فشل الأمة فى تحقيق أهداف الأداء.

الوصول للخدمة والحصول عليها

فى مناقشات إصلاح القطاع الصحى، الوصول للخدمة والحصول عليها هو شأن كبير على الأغلب. نقص الوصول إلى الخدمة والقدرة على الحصول عليها، يتم تقديمه غالبًا بوصفه سببًا لسوء الوضع الصحى فى المناطق الريفية ذات مستويات الرضا المنخفضة بين الفقراء. إلا أنه لفهم كامل لدور هذا المفهوم كمقياس وسيط للأداء، مرة أخرى علينا أن نفض اشتباك الطرق المتعددة لاستخدام المصطلح.

أولاً، أحيانًا يشير "الوصول إلى الخدمة" ببساطة إلى: هل الخدمات تقدم فى منطقة معينة أم لا. هنا، السؤال عن التوافر المادى، الذى نستطيع قياسه بواسطة توزيع المدخولات المتوافرة (أسرة المستشفيات، الأطباء، الممرضات) بالنسبة للسكان. فكرة ثانية، فكرة تعكس بشكل أكثر قربًا المعنى الموحى للمصطلح، وهى التوافر الفعلي؛ أى، قدر السهولة واليسر بالنسبة للمواطن للحصول على الرعاية؟ الاختلافات بين التوافر المادى والتوافر الفعلى، يمكن أن ينشأ بسبب الموانع المتعددة (مثل، التكلفة ووقت الانتقال إلى مكان الخدمة، وسوء الخدمة) وهو ما قد يمنع الناس من استخدام المنشآت الصحية المتوافرة ماديًّا.

ومع ذلك، ليس سهلاً أن تجمع بيانات كافية عن الأسعار، ومستويات الخدمة، ووقت الانتظار، والقبول الثقافى من أجل تقييم التوافر الفعلى مباشرة. نتيجة لذلك، مصطلح "الوصول إلى الخدمة والحصول عليها" غالبًا ما يستخدم ليشير إلى الاستخدام أو الانتفاع. معيار دخول المرضى للمستشفيات بالنسبة للفرد، أو تردد مرضى العيادة الخارجية بالنسبة للفرد، مقارنة بين الفئات السكانية المتعددة، وتلك الفئات ذات الاستخدام المنخفض، يقال أنها تعانى من نقص الوصول إلى الخدمة والحصول عليها. فى الواقع، الاستخدام والانتفاع هو فقط جزئيًّا انعكاس للتوافر الفعلى، حيث إن المرضى قد يختارون عدم استخدام

الخدمات، حتى ولو كانت متاحة. ولكننا إذا ما تجاهلنا إمكانية أن الاستخدام المنخفض قد يعكس اختيارًا للمريض، وبدلاً من ذلك دافعنا عن منطق أن الاستخدام المنخفض هو "دائمًا" يعنى أن هناك موانع تسد الطريق أمام الوصول إلى الرعاية والحصول عليها، يتلاشى التوافر الفعلى كمفهوم مستقل، حيث يكون غير قابل للقياس بشكل منفصل عن الاستخدام.

عند النظرة الأولى، "الوصول للخدمة والحصول عليها"، بوصفه "التوافر الفعلى"، هو مقياس وسيط للأداء بشكل واضح: إنه يؤثر على كل من الحالة الصحية ورضاء المستهلك. أكثر من ذلك، يخضع التوافر الفعلى بوضوح لنفوذ ما يقدم من خدمات، وأماكن تقديمها، وأسعارها، وشكل تمويل النظام، وطرق الدفع، وتنظيمه الإدارى، سوف يؤثر على ما يقدم من خدمات وشروط تقديمها. لذلك هذه العوامل المتغيرة تصلح لاختبار هل هى عواقب سياسات صحية وسبب لمثل هذا الأداء.

رغم ذلك، البعض يدافع عن التفكير فى التوافر الفعلى بوصفه هدفًا للأداء – كغاية، وليس وسيلة. بعض المنادين بالمساواة (مثل امارتيا صن) يطرح أن الحكومات ملزمة بإتاحة الخدمات الصحية، ومن ثم توفير استخدام الناس لها أو عدم استخدامها حسب اختيارهم (صن ١٩٩٩). فى هذه الرؤية، يجب أن يصبح التوافر الفعلى لخدمات الرعاية الصحية هدف للأداء، وليس الصحة نفسها. وبالمثل، بعض المنادين بمذهب الطوائف الاجتماعية يركزون على توزيع الخدمات الصحية، بوصفها قضية عدالة لهذه المجتمعات على تنوعها. والتغييرات فى التوافر المادى للخدمات الصحية (أى، هل نستمر فى فتح أو نغلق مستشفى محلي؟) فى الواقع غالبًا ما تكون محل جدل سياسى عنيف. فعليًا، فى البلدان النامية، التغييرات فى التوافر المادى محل النزاع الكبير لن يكون لها على الأغلب أثرًا كبيرًا على الحالة الصحية، لأن مستويات الخدمة سوف تظل على الأرجح مرتفعة كما هى على أية حال (كولاتا ٢٠٠٢).

وعند الميزان، نحن نعتقد أن الوصول إلى الخدمة والحصول عليها يناسب بشكل أفضل كونه مقياس وسيط للأداء، أكثر من كونه هدفًا نهائيًا للأداء. يؤثر التوافر الفعلى على الصحة ورضا الناس. إضافة إلى ذلك، الجدل الكلامى حول التوافر المادى يمكن تقييمه بمعايير رضا المستهلك، الذى هو هدف للأداء فى إطار العمل الذى نتبناه. (مثلاً، كون الخدمات متوافرة قد يولد ما يسميه الاقتصاديون "الطلب الأمثال" – قيمة بالنسبة للمواطنين كون لديهم شيئًا ما متاحًا، حتى ولو لم يستخدم؛ بازنر ١٩٧٤).

نحن ندرك أن هناك حالات ينادى فيها الزعماء أو جماعات المصالح بتوسيع التوافر المادى حتى فى غياب مكاسب صحية، أو رضا المواطنين من جراء ذلك. أحيانًا مثل هذا الطلب يعكس أعراف للطائفة الاجتماعية، وهو ما قد يشكل (كما ناقشناه فى نهاية الفصل الأخير) عراقيل لعملية إصلاح القطاع الصحى. فى حالات أخرى، الرغبة فى الحفاظ على أو توسيع الخدمات الصحية قد تكون مسألة خلق وصاية أو مكانة مكتسبة. وبينما مثل هذه الأمور قد تمثل واقعًا سياسيًا، لا يجب إدماجها فى الأهداف التى نتبناها للأداء.

النظر إلى "القدرة على الوصول إلى الخدمة الصحية والحصول عليها" (أى التوافر الفعلى) بوصفه أداة لتحسين الحالة الصحية ورضا المواطن يستدعى تبعات لها وزنها. ذلك يعنى، مثلاً، أننا يجب أن ننظر بريبة إلى المناداة بأن كل مدينة يجب أن يكون لديها خدمات بعينها – لأن مثل هذا الوضع هو "العدالة" – إذا لم تكن مثل هذه المنشآت جزء من خطة تربط التكلفة بالفاعلية من أجل خلق التوزيع المرغوب فيه للرضا والحالة الصحية. بل أكثر من ذلك، لو أن الخدمات تكتسب قيمة فقط إذًا ما أنتجت عائدًا، فمن ثم العكس هو صحيح أيضًا. نقص الخدمات يكتسب مغزى حقيقيًا بأكثر الصور عندما تكون العوائد غير مرضية. نحن ندرك أن الجدل الفعلى حول إصلاح القطاع الصحى نادرًا ما يجرى بدقة فى هذا السياق.

ولكن، خصوصًا فى البلدان محدودة الموارد، النظر للوصول إلى الخدمة والحصول عليها بوصفها وسيلة لبلوغ أهداف البلد فى التوزيع المرغوب به للصحة والرضا يضع عبئًا له منطقه، ومفيد على هؤلاء الذين سوف يناضلون بطريقة أخرى.

نحن نؤمن أن التفكير بهذه الطريقة يرقى حزمًا تحليليًا أعظم فى المناقشات حول أولويات إصلاح القطاع الصحى.

الجودة

الجودة هى ثالث المقاييس الوسيطة للأداء التى نقترحها. الجودة هى أمر ذو قيمة، ليس فى حد ذاتها، ولكن بسبب دورها فى بلوغ أهداف الأمة للأداء. سوء الجودة، مثل سوء الوصول إلى الخدمة والحصول عليها، غالبًا ما يستدعى كتفسير لمناطق فشل الأداء. مثل الكفاءة، تبدو "الجودة" كما لو كانت شيئًا يجب أن يقف كل فرد فى صفه. وحيث إن الأنصار يحاولون دائمًا أن يجعلوا المفهوم أكثر ملائمة، يستخدم المصطلح بطرق مختلفة. وهكذا، "الجودة" يتم تعريفها أحيانًا من وجهة نظر "المريض"، وأحيانًا من منظور الطبيب. أحيانًا يتم تطبيقها على طريقة علاج حالة مرضية معينة، أو إلى العناية التى تقدمها مستشفى بعينها، أو على النظام القومى ككل. ومن هنا، كما فى السابق، مهمتنا الأولى هى توضيح المفاهيم.

أسهل الطرق للتفكير فى "الجودة" هى التفكير على مستوى غير تجميعي؛ أى، كسمات لمعاملة مريض معين فى استقبال مستشفى معين. الأحكام الأكثر انفتاحًا (لمستشفى أو لأنظمة قومية)، تعكس تجميعات (متوسطات) لمثل تجارب أقسام الاستقبال هذه. ولكن حتى على مستوى قسم الاستقبال، مصطلح "الجودة" يشير إلى ظواهر مختلفة عديدة (انظر جدول ٦,١). فيما يلى، سوف نحاول تمييز

جوانب "للجودة" متنوعة وقابلة للقياس بتجريدها من "من" الذى يصدر الأحكام. ولكننا نريد أن نشدد على أن الأفراد على اختلافهم (أى، مختلف الأطباء والمرضى والسياسيين) قد يضعون مستويات مختلفة من الأهمية على أبعاد مختلفة للجودة.

خبرتنا تكشف ثلاث استخدامات كبرى لمصطلح "الجودة" – اثنين منهما لديهما مكونات تابعة. الأول، كما يشير الجدول، يمكن استخدام "الجودة" لتعنى ببساطة "كمية" الرعاية المقدمة للمريض، كما في: "خالتى تلقت رعاية بأعلى جودة. لقد فعلوا لها كل شيء". الأمريكيون الذين يمتدحون نظامهم الصحى لارتفاع مستوى "جودته" غالبًا ما يستخدمون المصطلح بهذه الطريقة.

الجدول ٦.١ معانى مصطلح الجودة فى الرعاية الصحية

الكمية	الجودة الإكلينيكية	جودة الخدمة
	المدخلات الإنسانية: المهارة، صنع القرار	الخدمات الفندقية: الطعام، النظافة، رفاهية الإقامة.
	المدخلات الغير إنسانية: المعدات والمستلزمات	الظروف المحيطة: وقت الانتقال والانتظار، تأخير المواعيد
	نظام إنتاج الخدمة	العلاقات ما بين الأشخاص: الرعاية، المعاملة المهذبة، الاحترام

المعنى الأساسى الثانى للجودة، الذى يستخدمه نمطيًا خبراء الصحة، هو الجودة الإكلينيكية. وهذا يتضمن كلاً من مهارة مقدمى الرعاية (أى، تكنيك الجراح) والتشخيص الصحيح، وقرارات العلاج الصحيحة. وهو يعتمد أيضًا على ما إذا كانت المداخيل السليمة (أى، الأدوية، الأجهزة) متوافرة لتنفيذ الرعاية المناسبة. تعتمد

الجودة الإكلينيكية أيضا على نظام إنتاج الخدمة الذى يجمع بين المداخيل الإنسانية والغير إنسانية فى الخدمات المقدمة فعليًا (بيرفيك وآخرون ١٩٩١).

التعريف الثالث العريض، والذى يستدعيه المرضى فى الغالب الأعم، الذين يجدون إن من الصعوبة الحكم على الجودة الإكلينيكية، هذا التعريف يشمل "جودة الخدمة" (كاننجهام ١٩٩١). والبنود الفرعية لهذا التعريف هى فى حد ذاتها متعددة الأبعاد. الأول نسميه الخدمات الفندقية؛ لأن ذلك يحتوى على مستوى رفاهية الإقامة والجودة فى مناطق تشترك معنا فيها الفنادق أيضًا: الطعام والنظافة والتصميم والأثاث الخ. الراحة تشمل وقت الانتقال، ووقت الانتظار، وساعات العمل، والوقت الضرورى لتحديد مواعيد الزيارة. بعد العلاقات ما بين الأشخاص يشمل إذا ما كان مقدم الخدمة مهذبًا ومساند معنويًا للمريض، وإذا ما كان المريض يتلقى المعلومات المناسبة ويعامل باحترام. هناك قضايا معقدة حول دور المريض فى عملية رعايته – قضايا ناقشناها فى نهاية الفصل الأخير، ولسوف نعود إليها بعد وقت قصير.

قياس الجودة عمومًا يتطلب بيانات تفصيلية. يمكن قياس جودة الخدمة على الأخص بطرق متنوعة. على سبيل المثال، قد تكون نظم إدارة التشغيل قادرة على توليد بيانات حول معايير، مثل: أوقات الانتظار والتأخير فى الحصول على موعد للزيارة. من الممكن أيضًا بناء نظم رصد الجودة لأغراض خاصة. على سبيل المثل، فى أحد ولايات الهند، تخضع المستشفيات الآن إلى تفتيش دورى عن الجودة (دون إنذار مسبق). يتكفل أحد المتعاقدين الخارجيين بمهمة التفتيش هذه ويرفع النتائج إلى مكتب مركزى على مستوى الولاية. تقارير المرضى يمكنها أيضًا أن تكون ذات فائدة فى التعرف على هفوات جودة الخدمة، بما فيها مناطق العيوب فى العلاقات ما بين الأشخاص.

تقييم الجودة الإكلينيكية أصبح نشاطًا ينتج كمًا هائلاً من الأدبيات فى السنوات الأخيرة (برينان وبيرفيك ١٩٩٦، بالمر وآخرون ١٩٩٥). مقارنة الرعاية الإكلينيكية (كما تسجل فى سجلات المرضى، مثلاً) مع رأى الخبراء، هو أحد الطرق لتحديد ما إذا كان العلاج الملائم قد تم تقديمه، طالما أن هذه السجلات نفسها دقيقة التسجيل. ولكن عمل مثل هذا التقييم مكلف جدًا ويستهلك الكثير من الوقت. يمكن قياس الجودة أيضًا بشكل غير مباشر عن طريق بيانات المخرجات، مثل: معدل العدوى، ووفيات العمليات، وهكذا. فهم كيف يمكن لأنظمة إنتاج الخدمة إنتاج تنويعات فى الجودة الإكلينيكية وجودة الخدمة – وهو بؤرة اهتمام مقاربة إدارة الجودة الشاملة ككل – هذا الفهم يتطلب حتى مزيد من الدراسات التفصيلية.

صعوبة جمع وتفسير بيانات الجودة بالغة التعقيد يساعد على تفسير وشرح لماذا تركن عديد من البلدان بشدة على وضع لوائح تنظيمية "للمداخيل" (أى المتطلبات التعليمية) أكثر من مجرد رصد وتقييم العمليات أو النتائج فى ميدان الجودة (نناقش هذه النقطة بالمزيد فى فصل اللوائح التنظيمية والقواعد). فعليًا النظر إلى المداخيل (هل المركز الصحى يحتاج إلى أدوية وأجهزة، وهل الأطباء متوافرين؟) غالبًا هى الطريقة الوحيدة – رغم كونها معيبة بشدة – بالنسبة للمرضى لتقييم الجودة الإكلينيكية.

ليس فقط متوسط الجودة، ولكن أيضًا توزيع الجودة (أى، من يقع تحت سوء الجودة) هو غالبًا يكتسب أهمية للصلة بين الجودة ونظام الأداء. مثلاً، افترض أن بلدًا ما مشغول بتجاوز المرضى للعيادات الصحية المحلية بحثًا عن العلاج على مستوى المراكز الإقليمية أو القومية. يتطلب تقرير ما يجب عمله حول هذا الوضع تحليلاً لكل من الجودة الإكلينيكية وجودة الخدمة – إضافة إلى جودة الخدمات المتوافرة – على المستوى المحلى. لو أن الجودة على المستوى الطرفى سيئة، إذًا سوف يكون من الأصعب منع هذا التجاوز. أكثر من ذلك، السماح باستمرار مثل

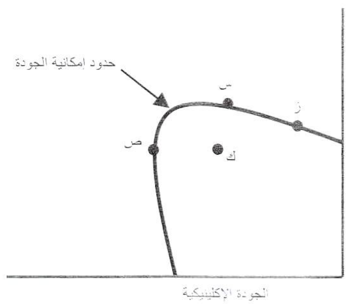
هذه الجودة السيئة هو أيضًا على الأرجح سوف يثير قضايا الجودة، حيث إنها على الأغلب تحرم الفقراء من أى ميزة على نحو خاص، وهم لا يستطيعون تحمل تكلفة الوقت ولا النفقات للانتقال إلى أماكن الرعاية الجيدة. على سبيل المثال، فكر فى وضع سرى لانكا، حيث تنظر وزارة الصحة إلى الاستخدام الزائد للمستشفيات فى المدن الأوسع بوصفه مشكلة كبرى. تتضاعف المشكلة بحقيقة أنه فى ظل القانون هناك، يمتلك المواطنون الحق فى الإصرار على طلب الدخول إلى المستشفى. من الصحيح أيضًا أن الأطباء يتم تعيينهم فى العيادات الصحية على أساس أدائهم، ولكن أفضل الأطباء من حيث الأداء عمومًا يتفادون التعيين فى المناطق الأكثر ريفية. من هنا التعامل مع هذا الوضع سوف يكاد يتطلب بالتأكيد جهودًا لتحسين الجودة الإكلينيكية فى الأطراف.

تقرير ما إذا كانت الجودة الناتجة عن نظام رعاية صحية ما جودة ملائمة وسليمة يتضمن إصدار أحكام مركبة. بالضبط مثل السيارة لديها أبعاد متنوعة للجودة (مثل نظام توفير الوقود، والسرعات، وحمولتها من الركاب)، وهكذا أيضًا أى نظام خدمات رعاية صحية. بزيادة جانب واحد للجودة (حمولة الأغراض أو اختيارات المريض) قد يؤدى إلى نقص جانب آخر منها (قيادة الطريق أو اتخاذ القرار الإكلينيكى الصحيح). الجودة المتزايدة، فى السيارات، أو الرعاية الصحية، قد لا تساوى تكلفة الزيادة. ويعتمد ذلك على القيم التى يؤمن بها الشخص الذى يصدر الحكم. فعليًا، يوجد ثلاث أحكام يجب إصدارها (روزن ١٩٧٤).

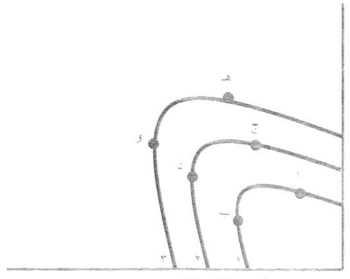
السؤال الأول الذى يجب أن يسأله رجل الإصلاح حول الجودة فى النظام الرعاية الصحية يتضمن نوع معين من الكفاءة الفنية. هل كل خدمة يتم إنتاجها بطريقة تؤدى إلى نتيجة بأعلى جودة ممكنة مع التسليم بالتكلفة التى تستدعيها؟ بالنسبة لتكلفة معينة، الخدمة التى تنتج أقل من الحد الأقصى للجودة التى يمكن بلوغها هى غير كفء فنيًا فى عملية إنتاج الجودة.

حتى ننظر إلى ذلك، تدبر فى الرسم التخطيطى ١ فى الشكل ٦,١ الذى يصور منحنى "حدود إمكانية الجودة" بالنسبة لخدمة معينة من خدمات الرعاية الصحية. لجعل رسم هذا التخطيط ممكنًا، افترضنا أن جودة "الخدمة" والجودة "الإكلينيكية" كل منهما قوة واحدة، رغم أن الحدود يمكن التفكير بها فى مساحة متعددة الأبعاد. بالنسبة لمستوى معين من الإنفاق لوحدة من الخدمة، أى نظام رعاية طبية يمكنه فقط إنتاج مستوى محدود من الجودة الإكلينيكية أو جودة الخدمة. رسمنا هذا التخطيط لنفرض أنه لو جودة الخدمة أو الجودة الإكلينيكية منخفضة جدًّا، يعانى الجانب الآخر من الجودة؛ ولكن ليس هذا ضروريًّا للحجة التى ندافع عنها. المفتاح هو أنه حتى تكون كفء فنيًّا فى إنتاج الجودة، يجب تنظيم الخدمة بحيث تقع مخرجاتها على نقطة على الحدود (س أو ص أو ز) – وليس نقطة مثل ك.

رسم تخطيطى ١



رسم تخطيطى ٢



منحنى "حدود إمكانية الجودة" لخدمة رعاية صحية معينة (الرسم التخطيطي ١)، وعند ثلاث مستويات مختلفة للميزانية (رسم تخطيطى ٢).

حتى يعرف المدراء هل هم فى نقطة فوق خط المنحنى أم لا أو على الأقل فى نقطة قريبة منه؛ سوف يتطلب ذلك بعض علامات المقارنة. مثلاً، نستطيع مقارنة أى منشأة رعاية صحية معينة بتلك المنشآت فى البلد (أو فى مناطق مختلفة من بلدنا) حتى نجد المنشآت التى لديها نفس مستويات التكلفة. ثم نستطيع مقارنة أوقات الانتظار النسبية، أو نظافة المنشآت، أو تقرير المرضى لما يتلقونه من رعاية من أجل تقييم جودة الخدمة. من على الجانب الإكلينيكى، نستطيع النظر فى توافر المدخلات (هل هناك أدوية، هل جهاز الأشعة صالح للعمل؟) أو مؤشرات المخرجات (التهاب الجروح، معدل الوفيات داخل غرف العمليات). بالنسبة لرجال الإصلاح، السؤال هو، هل نحصل على الجودة التى نستطيع أداءها كلها، فى حدود الميزانية؟ هذه الصيغة هامة بشكل جلى من أجل تقرير برنامج الإصلاح. وإنه لفرق كبير بين أن يكون سوء الجودة نتيجة سوء إدارة، وبين أنها نتيجة ضعف الميزانية، وبين أنه نتيجة للسببين.

هناك سؤال ثانى عن الجودة. حتى ولو كانت خدمة معينة تعمل على نقطة على منحنى حدود إمكانية الجودة، هل يقدم منتجو الخدمة المزيج السليم من جوانب الجودة؟ وهو سؤال مشابه لسؤال أى نوع من السيارات تريد تصميمه. لو لدينا ميزانية بناء عيادة جديدة، هل ننفق أكثر على قاعات انتظار مريحة أكثر وننفق أقل على جهاز أشعة عادية جديد، أو العكس؟ بمعايير منحنى الحدود، هل نقع على نقطة س أم ص، أو فى مكان ما بين النقطتين؟ (مع الأخذ فى الاعتبار الطريقة التى رسمنا بها المنحنى، لا يوجد سبب يدعونا لنكون فى النقطة ز حيث إنه من الممكن أن نؤدى أفضل على كلا البعدين).

إلا أنه تبقى قضية ثالثة فى الجودة. كما هو موضح فى الرسم التخطيطى ٢ فى الشكل ٦,١، أى عدد من منحنيات حدود إمكانية الجودة يكون قائماً بالنسبة لخدمة معينة، كل منهم يقوم على أساس مستوى ميزانية مختلفة (١، أو ٢، أو ٣

فى التخطيط). المهمة الثالثة إذًا هى تقييم "مستوى" الإنفاق بالنسبة لكل خدمة، الذى بدوره يحدد ما هى بالضبط مستويات الجودة التى يمكن إنتاجها لهذه الخدمة. ذلك هو الجانب "الكمى" للجودة التى عرفناها أوليًا. القضية هى، ما هو مستوى الموارد الذى يجب تخصيصه لكل خدمة؟

كيف سيحكم مختلف رجال الإصلاح بآرائهم الفلسفية المختلفة على أداء نظام الرعاية الصحية فى علاقته بالجودة؟ النفعيون الوضعيون، المهتمون بتعظيم الصحة إلى حدها الأقصى، سوف يريدون إنتاج الحد الأقصى من الجودة الإكلينيكية من أى ميزانية متاحة (بمعنى، أن يكونوا على نقطة "س" مثلاً على خط منحنى حدود إمكانية الجودة فى التخطيط ١). وسوف ينظرون إلى الطريقة التى تدار بها الخدمة، ليروا إذا كان هناك سبيلاً ما لزيادة مكاسب الحالة الصحية من عمليات تشغيل خدمات الصحة. ثم أنهم سوف يقيمون مستويات الميزانية القائم على أساس تحليل التكلفة منسوبة للفاعلية الهامشى، ليروا إذا ما كانت الأموال يتم إنفاقها على مختلف الخدمات بطريقة مخططة لأنتاج أكبر مكسب للحالة الصحية.

ومع ذلك، لاحظ أن الطريقة التى رسمنا بها منحنى الحدود نفرض أن النفعيين الوضعيين سوف يرتكبون خطأ بتصورهم أنهم يستطيعون دائمًا زيادة الجودة الإكلينيكية بتخفيض جودة الخدمة. خلف نقطة معينة، تخفيض مستويات الخدمة يزيد الإحجام عن استخدام الخدمة، ويخفض طواعية المرضى، ويعرقل الاتصالات، وكل ما سبق قادر على جر الأمور نحو نتائج طبية أسوأ. بعض الأنظمة الحقيقية (خصوصًا العيادات القطاع العام فى البلدان الفقيرة) قد تصبح بدرجة كبيرة فى مثل هذه الحالة المتناقضة ظاهريًا.

النفعيون الذاتيون، المهتمين بتعظيم رضاء الزبون إلى الحد الأقصى، يواجهون عملية تقييم مختلفة قليلاً. حيث إن المريض يراعى العديد من الأوجه المختلفة لكل من جودة الخدمة والجودة الإكلينيكية، فيجب على النفعيين الذاتيين أن

يقرروا ما إذا كان مزيج الجودة ومستوى الإنفاق لكل خدمة يمثل استجابة مثالية للتفضيلات الفردية المتنوعة لزبائن الخدمة. الصعوبة الواضحة فى مهمة بهذا الشكل تساعد على تفسير لماذا يفضل العديد من النفعيين الذاتيين استخدام الأسواق فى الرعاية الصحية (وفى كل مكان آخر). حيث تسمح الأسواق لكل شخص اختيار (ودفع ثمن اختياره) مجموعة الخدمات ومزيج ومستوى نواحى الجودة التى يفضلها. وبالطبع هذا يفترض أن الزبائن (أى المرضى) يستطيعون الحكم على مستويات الجودة، وهو محل شك خصوصًا عندما يأتى الأمر إلى الجودة الإكلينيكية. ومن هنا، حتى بعض النفعيين الذاتيين سوف يقومون بتنظيم عمل الأسواق باللوائح بهدف الجودة – كما سوف نناقشه فى الفصل ١١.

بالنسبة لرجال الإصلاح العمليين، الحصول على مزيد من الخدمات ومزيد من الجودة كلاهما، من خلال إدارة أفضل، سوف يكون على الأرجح أول أولويات الإصلاح. وهذا صحيح خصوصًا، حيث تكون الميزانيات مقيدة. ولن عندما تكون مخرجات الحالة الصحية والرضا منخفضة، والخدمات الصحية مدارة فعلاً إدارة جيدة، السؤال عن هل نزيد الإنفاق أم لا – من هنا الجودة – سوف يكون بالأحرى سؤالاً ذا صلة بما سلف. (وهذا يتطلب تحركات مثل رقم ٥ أو ٧ فى الشكل ٥,١). وبالمثل، لو أن نظام صحى مدار جيدًا يقوم بإنتاج صحة جيدة ولكن بمستوى رضا منخفض جدًّا (أو العكس بالعكس)، سؤال تغيير مزيج الجودة هو أيضًا سؤال ربما يرغب رجل الإصلاح فى الإجابة عليه.

باختصار، الجودة هى مقياس أداء وسيط مهم، يؤثر على كل من الحالة الصحية ورضا المستهلك. لقد عرفنا ثلاثة قضايا جودة هامة ولكنها منفصلة. الأول، هل الجودة (بأبعادها المتنوعة) تحتل مرتبة عالية بقدر الممكن فى إطار ميزانية معينة؟ ثانيًا، هل ينتج النظام المزيج الصحيح من جوانب الجودة مع التسليم بمستوى الميزانية المخصصة لكل خدمة. الثالث هو سؤال الكمية. هل مستويات

الميزانية صالحة لأنتاج المستويات المناسبة من الجودة لكل خدمة؟ بمعنى معين، فعادة توزيع المخصصات فى الميزانية على الخدمات لتحسين مستويات الجودة هى مهمة تشبه كثيرا تغيير مزيج المخرجات لتحسين كفاءة تخصيص الموارد.

صفات الجودة للنظام تتأثر بالعديد من قرارات السياسة. مسئولية العمل اليومى للحصول على نقطة على منحنى حدود إمكانية الجودة، إضافة إلى تحديد مزيج الجودة، يقع على عاتق مدراء خدمات الرعاية الصحية. عديد من سمات التنظيم الإدارى للنظام – شاملة الطريقة التى يختاروا بها المدراء ويكافئونهم بها – سوف تؤثر على كيف يؤدى هؤلاء المدراء عملهم. نظام التمويل ودفع المستحقات والقواعد التنظيمية سوف تحدد حوافز هؤلاء المدراء. ومن هنا، هذه الأوضاع، هى الأخرى، تؤثر على جودة أداء النظام. رغم ذلك، أحد النقاط تتضح. لذا الحكم على جودة النظام ليس ببساطة مسألة "الكثير هو الأفضل". الموارد دائمًا محدودة، بالنسبة للبلد وبالنسبة لقطاع الصحة. حتى بالنسبة للنظام الكفء فى إنتاج الجودة، يظل السؤال كم قدر الجودة – وفى أى أبعاد – الذى سوف يعظم قدرة المجتمع إلى حدها الأقصى من أجل تحقيق أهدافه الكلية.

تطوير بؤرة لمشكلة أداء استراتيجية

فى الفصلين الأخيرين سعينا لتقديم إطار عمل لتعريف المشاكل بشكل يستطيع معه رجل الإصلاح استخدامها وتعديلها للتوافق مع ظروفهم الخاصة. يتضمن إطار العمل هذا ثلاث أهداف للأداء، وثلاث مقاييس وسيطة للأداء، واختبارين أخلاقيين (متوسط وتوزيع – أى انتشار). إطار العمل هذا يضع فى اعتباره بوضوح الأدوار التى يجب أن يلعبها التكلفة والثقافة فى التحليل، حيث إنهما يمثلان صلات هامة بين القطاع الصحى والنظام الاجتماعى والاقتصادى الأوسع. تعقيد هيكل التحليل هذا يعكس حقيقة أن تعريف المشاكل وتقييم الحلول البديلة فى إصلاح القطاع الصحى هو مهمة صعبة ومعقدة. تجاهل هذا التعقيد يحقق تبسيط زائف، منطق يستبدل العمل ذو العلاقة بالخطابة، ويستبدل العمل المتقن بالشعارات.

وقد قلنا كل ذلك، نود تقديم بعض النصيحة لمن سوف يكون قائم على الإصلاح حول ما سوف تكونه مشاكل الأداء حتى يركز عليها، نصيحة تجمع معا خيوط متنوعة من هذا الفصل والفصل السابق. جوهر نصيحتنا هو الآتى – فكر استراتيجيًا! اختيار تعريف مشكلة هو أول خطوة فى عملية طويلة لإصلاح القطاع الصحى، ويجب القيام بها بعيون مفتوحة على التبعات الأوسع لهذا القرار.

وكما ناقشناه فى الفصل الأول، عملية الإصلاح غالبا ما تستثيرها أحداث خارج سيطرة القائمين على الإصلاح. هبوط فى الاقتصاد، التوقعات و/أو تكاليف الصحة تتصاعد، تغيرات سياسية تحدث، وهلمجرا. ما نلح عليه هو أن يبذل القائمون على الإصلاح جهدا لتبنى بعض المبادرات والتأثير على تعريف المشكلة، التى تهيمن على كل من الجدل السياسى وعملية تطوير السياسات.

يستطيع القائمون على الإصلاح من أجل توضيح أولوياتهم، أن يسألوا أنفسهم ثلاثة أسئلة كطريقة لصياغة الاعتبارات الأخلاقية والسياسية والمادية المتاحة لهم فى اختيار بؤرة تركيز لإصلاح القطاع الصحى.

- أى تحسينات فى أداء القطاع الصحى هى الأكثر أهمية أخلاقيًا؟
- ما هى مناطق الأداء السيئ التى يستطيع المرء بشكل معقول أن يأمل فى القيام بشىء ما نحوها؟.
- ما هى العواقب السياسية فى تناول هذه القضية؟.

إعطاء السؤال الأول أهمية خاصة يتضمن إعطاء الأولوية للقيم. يتطلب السؤال الثانى اعتبارات تبحث عن وجود أى سياسات أو برامج قائمة واعدة للتعامل مع القضايا الهامة أخلاقيًا، وهل مثل هذه المعايير سوف تكون ذات جدوى عملية وسياسية على الأرجح فى بلد المرء. عند ذلك فقط يستطيع القائم على الإصلاح تقرير إذا ما كان تركيز الاهتمام على مشكلة معينة سوف يعود بالنتائج

المفيدة. تكلفة هذه المبادرات، مقارنة بالتمويل المتاح، هو جزء أساسي من مثل هذا التحليل. السؤال الثالث يطرح حساب العواقب السياسية. بمعنى من المعانى المجال السياسي والجدوى العملية يمكن النظر إليهما بوصفهما "فلاتر" أو "مكابح" على المقاربة القائمة على أساس القيم. وهكذا، يمكن تلخيص نصيحتنا كالتالي: "ابدأ بما تريد إتمامه. وبعدئذ انظر فى إذا ما كانت هناك طريقة ذات جدوى فنيًا ومقبولة سياسيًا لتجعل ما تريد يحدث".

أزرار التحكم، رغم كل شيء، ليست القوى الوحيدة التى تحدد الأداء فى القطاع الصحى. على العكس، قد تجد عوامل لا يمكنك التعامل معها فى القلب من مشكلة أداء معينة. ولن يكون أيضًا من السهل دائمًا معرفة إذا ما كانت الخيارات المجدية سياسيًّا والفعالة على مستوى السياسة قائمة، دون أن تقوم بأبحاث مكثفة فى منطقة هذه المشكلة الخاصة. نصيحتنا هى أنك تفكر فى الأسئلة المتعلقة بالجدوى بأحسن ما تستطيع "قبل" أن تمضى بعيدًا فى الطريق إلى الإصلاح.

نحن ندرك جيدًا أن الإجابات على هذه الأسئلة قد لا تشير كلها فى نفس الاتجاه. قد يركز الزعماء أحيانًا على مشاكل لن يستطيعوا على الأرجح إنجاز الكثير فيها، لأن مثل هذا التركيز قد يشبع الشأن السياسى. حرب الأمريكيين على "المخدرات" تطل على الخاطر فى هذا المجال. نحن لا نقول أن مثل هذه الأفعال الرمزية هى دائمًا خطأ أو غير سليمة. بل ما نريد قوله هو أن القائم على الإصلاح يحتاج إلى إدراك ما هو فى متناوله فعلاً قبل أن يختار هدفًا نجاحه يبدو غير متوقع.

هذه الأسئلة أيضًا تذكرنا بأن العملية الاستراتيجية لتعريف المشكلة يجب أن تكون "ذات علاقة بوسيط". أى أن العواقب السياسية لقرار معين من المتوقع أن تختلف باختلاف اللاعبين. قد يكون لوزير المالية رأى مختلف تمامًا عن رأى وزير الصحة حول معظم الأهداف الهامة لإصلاح قطاع الصحة، وربما تكون المسئولية واقعة عليهما بالتساوى، مع ذلك إذا ما أصبح صندوقًا ماليًا جديدًا للتأمين

الاجتماعى عاجزًا عن السداد. وبالمثل، التركيز على الحالة الصحية فى المناطق الريفية الفقيرة ربما يكون على الأرجح ذا ميزة سياسية للأحزاب التى تحاول اجتذاب تأييد صغار الفلاحين، وأقل معاونة للأحزاب التى يقوم بنيانها على الدوائر الانتخابية النقابية. فى الواقع، لا توجد طريقة لالتقاط تعريف المشكلة من وجهة النظر المجردة – مما يسميه الفلاسفة "رؤية من لا مكان". على العكس، اختيار تعريف مشكلة خاص يجب أن نراه بوصفه استجابة لظروف فردية أو جماعية خاصة. عندما يقرر رجال الإصلاح تعريف مشكلة، غالبًا ما يكون لديهم سؤالا عن "المجال" يفكرون فيه. البعض قد يختار التركيز بشكل ضيق تمامًا على واحد أو اثنين من معايير الأداء (مثل معدلات وفيات الأمهات أو الرضع المرتفعة فى المناطق الريفية الفقيرة). مثل تعريف المشكلة هذه من المرجح أن يؤدى إلى مجموعة الإصلاح المستهدفة نسبيًا؛ تطوير آليات جديدة أو الاستثمار الانتقائى فى منشآت أو برامج تدريبية بعينها، مثلاً. من الناحية الأخرى، التعريفات العريضة للمشكلة من المرجح أنها سوف تؤدى إلى أجندة إصلاح أكثر اتساعًا وتعقيدًا. القلق من أشكال الفشل التلقائى الواسع للحماية ضد المخاطر، والسخط الجماهيرى من نظام الرعاية الصحية، والتكلفة العالية قد يؤدى برجال الإصلاح إلى التطلع إلى برنامج إصلاح أكثر طموحًا. قد يقرر البلد إنشاء صندوق مالى لتأمين اجتماعى جديد، ومخططات دفع جديدة للأطباء والمستشفيات، وأشكال جديدة لتنظيم المستشفيات – كل ذلك مرة واحدة. اتخاذ قرارات فى مجال المشاكل التى يتم تناولها، ننصح رجال الإصلاح بشدة التفكير بعناية فى الجدوى السياسية والإدارية لأى أجندة طموحة بشكل ما.

كمسألة عملية، أحد الطرق للشروع فى العمل بالنسبة للقائمين على الإصلاح هو العمل من خلال "علامات المقارنة". أى، مقارنة الأداء على المستوى القومى بمعايير قياسية متعددة لنرى أين يصبح الأداء جامعًا بين كونه أداء غير ملائم ومع ذلك أداء قابل للتحسين. هذه العملية قد تتخذ عدة أشكال:

- **علامات المقارنة الأخلاقية: مقارنة الأداء بأعراف لها قبول واسع.**
- **علامات المقارنة الداخلية: مقارنة الأداء عبر الجماعات والمناطق فى البلد.**
- **علامات المقارنة التاريخية: مقارنة أداء أمة إلى أدائها فى التاريخ السابق.**
- **علامات المقارنة الخارجية: مقارنة الأداء بأداء الأمم الأخرى ذات الأوضاع المشابهة.**

النوعان الأوليان من المقارنات يتناولان قضية الأهمية الأخلاقية. لو أن أداء بلد ما غير مرضى فى ضوء الأعراف المقبولة (مثل، الأهداف التنموية للألفية)، يطرح ذلك قضية يجب تناولها. التباينات الداخلية الواسعة تثير أيضًا قضايا أخلاقية، خصوصًا بالنسبة للبلدان التى يحتل فيها الإنصاف أولوية. أشكال المقارنة الثلاث الأخيرة، (العلامات الداخلية والتاريخية والخارجية) تستطيع المساعدة فى تناول قضية الجدوى. لو أن عملنا كان أفضل ذات مرة، أو لو أن بلدان أخرى مثلنا تفعل أفضل، أو أننا نفعل الأفضل فى أماكن أخرى – كل ذلك يفترض أن التحسين أمر ممكن.

نحتاج إلى ملاحظة أن السياسات يجب أن تخضع للحكم عليها، ليس فقط حكم على فعاليتها، ولكن أيضًا على علاقة تكلفتها بفاعليتها. وكما نادينا فى الفصل الأسبق، التكلفة هى دائمًا جزء من تعريف المشكلة، أما بشكل غير واضح أو بشكل صريح. لسوء الحظ، فى عالم بموارد محدودة، بعض المشاكل الهامة جدًا قد لا تكون قابلة للحل لأسباب تتعلق بالتكلفة – مثلما تذكرنا بشكل درامى مشكلة مرض الإيدز فى جنوب القارة الإفريقية. (بالطبع، التكلفة أبعد من أن تكون العقبة "الوحيدة" فى هذه الحالة).

فى عملية اختيار الأولويات، المناصرون لنظريات أخلاقية مختلفة سوف يميلون إلى التشديد على شئون مختلفة. سوف يركز النفعيون الوضعيون انتباههم

على علاقة التكلفة بفعالية تحسين الحالة الصحية الكلية، بينما الهم الرئيسى للنفعيين الذاتيين سوف يكون إرضاء المستهلك. الليبراليون المنادون بالمساواة، الذين يريدون لكل شخص بعض من حد أدنى للفرصة، سوف يميلون إلى تركيز اهتمامهم على الوضع الصحى والاقتصادى للأفقر فى المجتمع. وهكذا، إضافة إلى الصحة، الحماية ضد المخاطر المالية للفقراء سوف يعنى الكثير بالنسبة لهم. سوف يرى النفعيون الوضعيون فى أعراف معينة بالمجتمع عقبات لترشيد تخصيص الموارد وتوزيعها – حتى فى الحين الذى يدافع أنصار الطوائف الاجتماعية عن ذلك. لن يوافق كل الناس على الأهمية النسبية للجودة الإكلينيكية فى مقابل جودة الخدمة؛ ولن يوافقوا كلهم على نفس أولوية إعطاء المرضى الاختيارات فى عملية الرعاية التى يتلقونها. ولكن هذا بالضبط هو السبب فى أن تقرير ما هى مشكلات الأداء التى نعطيها أولوية يصبح "اختيار" – اختيار يجب القيام به بإمعان التفكير وبحصافة.

ومن ثم، باختصار، تعريف المشكلة – التقاط مناطق الأداء التى توضع فى محور الاهتمام – تمثل قرارًا استراتيجيًا بالنسبة للمصلحين الصحيين. تعريف المشكلة يؤثر على الطريقة التى نركز بها انتباهنا، وأى تدخلات نجربها، وفى الأخير كيف سوف يخضع القائمون على الإصلاح أنفسهم للمحاكمة؟. إنه اختيار لتخصيص الموارد السياسية والاجتماعية الشحيحة بطريقة ما وليس بأخرى. سوف يكون لهذه الاختيارات مجسات على مستويات عدة – من الأفراد والمنظمات العديدة المنخرطة فى العملية إلى المجتمع ككل – وهذه الاختيارات فى حاجة إلى الشفافية والطموح. بأى طريقة أخرى إذا يستطيع القائم على الإصلاح تأسيس أحسن الأسس الممكنة للعمل الصعب حتى يحصل على إصلاح يجرى فعليًا؟ – الذى هو بعد كل شيء النقطة المحورية فى العملية بأكملها.

٦

من التشخيص إلى إصلاح القطاع الصحى

فور ما يقرر القائمون على الإصلاح الصحى أى مشاكل أداء سوف يركزون عليها – أى، فور تقريرهم لأولوياتهم الاستراتيجية – عليهم المضى قدمًا إلى المراحل التالية من دورة السياسات. وهذا يعنى، قبل كل شيء، وضع تصور لأسباب أوجه الأداء السيئة التى يهتمون لها. تلك هى العملية التى نسميها "التشخيص". وبعدئذ عليهم تقرير ماذا هم فاعلون بالوضع – العلمية التى نسميها "تطوير السياسة"؟ فى هذا الفصل سوف نناقش تلك الأنشطة، وسوف نعطى النصيحة حول كيفية تنفيذها، حتى نخلق إصلاحا للقطاع الصحى أكثر فعالية.

فيما يخص التشخيص، الاستراتيجية الجوهرية هى "العمل بالارتداد للخلف". تساءل دائمًا "لماذا" حتى تكتشف أسباب سوء الأداء التى تريد تحسينها. هدف هذه العملية، المسماة برحلة التشخيص، هو بناء "شجرة تشخيصية" – جهاز للتحليل نصفه بالتفصيل أدناه – يربط أوجه سوء الأداء بالعوامل العارضة التى قد تتغير أو تتعدل تحت تأثير تدخلات السياسة. المهمة اللاحقة، "تطوير السياسات"، تتضمن صياغة وخلق مجموعة من السياسات والبرامج التى سوف تبدل من الأسباب (أو من أثرها)، وهكذا تحسن من أداء قطاع الصحة. عند تنفيذ هذه المهام، نلح على القارئ أن يولى انتباهًا لبعض الدلائل الاسترشادية البسيطة. أول هذه الدلائل هو الدليل الاسترشادى "لشئون العملية". ما مدى تنوع مهمات الإصلاح الصحى التى تم تنفيذها وأمكن لها أن تمارس تأثيرًا كبيرًا على ما يحدث فعلاً؟. على سبيل المثال، اللاعبون وجماعات المصالح المهمين، الذين يشعرون أنهم قد تمت

استشارتهم هل سوف يؤثر ذلك على توجهاتهم نحو أى خطة إصلاح أم لا. وذلك بدوره سوف يؤثر على كل من الجانب السياسى لعملية إقرار إجراءات تنفيذ الإصلاح ومدى فعالية تنفيذ السياسة المختارة.

دليلنا الاسترشادى الثانى هو "قم بالتقليد لكن مع التعديل". فبسبب صعوبة ابتكار أفكار جديدة، تقليد المقاربات التى يقوم عليها البرهان، محل نصيحة الكثير. من الناحية الأخرى، بسبب تنوع الظروف المحلية، التقليد الناجح يتضمن تعديل وضبط الأفكار المستمدة من مكان ما إلى ظروف المحلية.

دليلنا الاسترشادى الثالث هو "استخدم الشواهد". فى السنوات الأخيرة، تواجدت حركة واسعة فى الطب خرجت من الممارسة الإكلينيكية القائمة على الحكمة المستمدة من "الطب القائم على الدليل الملموس"، فيه قرار العلاج ينبع من الدراسة الدقيقة للأدبيات العلمية ذات العلاقة. المدافعون عن هذه المقاربة يلحون بشدة إن الأطباء فى الغالب يطورون نماذج للممارسة غير مبررة علمية. على سبيل المثال، يستأصل الأطباء بشكل روتينى اللوزتين أو الرحم بينما لا يوجد سبب حقيقى للقيام بذلك. نفس الشيء يمكن أن يقال عن بعض القائمين على الإصلاح الصحى، الذين يلحون بشكل روتينى على العلاج المفضل – مثل "الخصخصة" أو "اللا مركزية" – دون أن يحددوا أولاً مشاكل الأداء فى بلد معين، ودون تحليل دقيق لقدرة تدخلهم المفضل هذا على تحسين الأداء أم لا. لمواجهة تيار مثل هذه الحماسة الغير نقدية، نحن نلح على فكرة إصلاح صحى قائم على الدليل الملموس، فيه تقوم السياسات على أساس تحليل دقيق للمشاكل والأسباب والآثار المحتملة.

انظر فى المثال التالى. افترض بلدًا من أوروبا الشرقية حديث الاستقلال حدد معدل توقع بقاء الذكور على قيد الحياة عند الميلاد المنخفض (بسبب المشاكل القلبية ومعدل الانتحار المرتفع) كمشكلة أداء ذات أولوية. افترض، أيضا، أن بعض القائمين على الإصلاح يلحون على أن البلد يجب أن يطور نظام للتأمين الصحى

القطاع الخاص قائم على التنافسية من أجل المساعدة على تحسين أداء نظام الرعاية الصحية. مثل هذا التحرك لن يكون مبررا إذا لم يستطع المدافعون عنه شرح كيف، ولماذا هذه الترتيبات التمويلية الجديدة سوف يكون ليا أثرا إيجابيا على توقع بقاء الذكور على قيد الحياة (فى الواقع نحن نشك أن مثل هذه الصلة تقوم).

نلح على رجال الإصلاح، عند تنفيذ التشخيص وتطوير السياسة، استخدام إطار العمل الذى حددنا ملامحه فى الفصل الثاني: اسميًا، "أزرار التحكم" الخمس. كل زر من هذه الأزرار يركز على سمات معينة من النظام والاستراتيجيات التى تستطيع الحكومات استخدامها فى كل ميدان لتحسين أداء القطاع الصحى. مثلاً، تستطيع الحكومة تغيير أى نوع ضرائب يستخدم لتمويل الرعاية الصحية. أو كيف تدفع مستحقات الأطباء، أو كيف ينظمون المستشفيات وطريقة إدارتها. فى الفصل الثانى من هذا الكتاب، نراجع كل مجموعة من خيارات السياسة هذه ببعض التفصيل، ونناقش العواقب المتوقعة لمختلف المقاربات.

من الممكن لإطار عمل أزرار التحكم أن يكون أداة تنظيمية مفيدة فى مرحلة التشخيص. لأنه فى هذه المرحلة المهمة "ليست هى" مجرد تعريف الأسباب ولكن تحديد الأسباب التى يمكن تغييرها بواسطة أعمال الحكومة. وهكذا تزودنا أزرار التحكم بقائمة مشتريات – مجموعة من البنود النهائية الممكنة لرحلة التشخيص التى يمكن بدورها أن تكون أساسًا لعمل الحكومة.

دعنا نطرح هذه النقطة بطريقة أخرى. تمييز التغييرات المتوقع فعاليتها فى أحد الأزرار أو أكثر، هو نهاية مهمة التشخيص، وبداية مهمة تطوير السياسات. يعمل المحللون أولاً من الأمام للخلف فيما يتعلق بالأسباب. ثم، عليهم النظر فى السياسات لتغيير هذه الأسباب، ومن ثم يعملون متقدمين نحو الأمام، من الأسباب نحو التوقعات بأداء محسن للقطاع الصحى كنتيجة للتغييرات المتنوعة فى السياسة.

فى هذا الفصل سوف نبدأ بالعمل من خلال مثال ممتد لشجرة التشخيص ونناقش كيف نربط التشخيص بأزرار التحكم. قبل تقديم تحليل "لمشكلة واحدة"، سوف نناقش مع ذلك الظروف التى من المتوقع أن يعمل رجال الإصلاح فى ظلها لنستخلص أن مجهودًا طموحًا متعدد الأوجه – أى، إصلاح كبير لقطاع الصحة – هو أمر مطلوب حقًا.

فى النصف الثانى للفصل، نحول بؤرة الاهتمام إلى تطوير السياسة. نناقش أولا بعض شئون خاصة بعملية التطوير هذه، ومن ثم نستكشف بعض معايير المسح الذى نحكم به على البدائل المقترحة. أخيرًا، سوف نناقش كيف نجد ونستخدم الدليل فى كلا مرحلتى العملية، ونخرج بالخلاصة مع بعض المحاذير والملاحظات النهائية.

تخليق جهود كبرى للإصلاح الصحى

ولهذا المدى نناقش عملية تشخيص وتطوير سياسة للنظام الصحى كما لو أنها تركز على مشكلة واحدة معينة فى الأداء فى الوقت المحدد. مثل هذه المقاربة من المتوقع أن تثير مبادرات برنامجية بالقطعة؛ برنامج جديد للصحة العقلية، مثلاً، أو مجهود موسع لتطعيم الأطفال. ولكن كما لاحظنا سلفًا، غالبًا ما تواجه البلدان عدد من مشاكل الأداء المتصلة ببعضها البعض. تشخيص كل مشكلة معينة بذاتها، ربما يكشف عن أن بعض السمات المشتركة لنظام الرعاية الصحية هى عوامل عارضة هامة. قد يكون وجود تدخلات متعددة لتناول هذه المشاكل المتعددة بفعالية مطلوبًا. إذًا، هذا النوع من التحليل قد يكون أحد المسارات التى تستطيع أن تؤدى بالبلاد إلى جهود إصلاح كبير للقطاع الصحى.

وعلى اتصال بذلك، علينا أن نعود مرة أخرى إلى الدور الأساسى للتكلفة. كما وصفناه فى الفصل الخامس. أمة غير سعيدة بأداء قطاعها الصحى – ومع ذلك تواجه قيود على التكلفة – سوف تجد نفسها غالبًا مجبرة على الاندفاع إلى تحليل معقد ومتعدد الأجزاء؛ عندما تسعى لاستخراج أسباب المصاعب التى تعيشها. من المتوقع أن يظهر العديد من الأسباب المختلفة، بما فيها عدم الكفاءة الفنية (بسبب فقر الحوافز الناتجة عن نظام دفع للمستحقات، والسوء الإدارى بسبب التنظيم المعيب)، وعدم كفاءة تخصيص الموارد (بسبب سوء تخصيص الموارد من النظام التمويلى)، وسوء الجودة، ومحدودية الوصول للخدمة والحصول عليها. وإصلاح الأخطاء بطريقة برنامج بعد برنامج لن يكون ممكنًا، وللدقة بسبب عدم وجود نقود تكفى لتدفع لكل هذه السلسلة من المبادرات الجديدة التى تفتقد التنسيق فيما بينها. مرة أخرى، إصلاح متعدد الجوانب، تتم فيه عدة تغييرات كبرى فى العديد من أزرار التحكم فى محاولة لتبديل النظام جوهريًّا، من المتوقع إن يصبح هو الإجابة (مشروع كولومبيا لإصلاح القطاع الصحى ١٩٩٦).

بل هناك أيضًا مسألة تماسك هنا. الجهود البرنامجية المتعددة يرتفع معها خطر أن تفتقد هذه الجهود التنسيق والانسجام. قد يلح شخص ما على اللا مركزية فى الرعاية الصحية الأولية إلى مستوى الإقليم الإدارى، حتى فى الحين الذى يلح شخص آخر على تنفيذ برنامج قومى للتطعيم مركزيًّا. تناول مثل هذه النزاعات بطريقة متكاملة قد يتطلب نظرة تنسيقية وخطة ومراجعة للنظام ككل.

هناك أيضًا قضية الموارد السياسية والفنية المحدودة المتاحة نمطيًّا أمام القائمين على الإصلاح. فتناول عدد كبير من مشاكل الأداء بانفصال كل مشكلة عن الأخرى، يمكنه أن يضع ضغطًا كبيرًا من الطلب على هذه الموارد. بديلاً عن ذلك التركيز على مشاكل جوهرية أكثر ومشتركة أكثر حيث إن ذلك قد يكون ضمنيًّا استخدامًا أحسن فعالية فى علاقتها بالتكلفة لطاقات الإصلاح المحدودة –مفترضين طبعا أن مثل هذه التغييرات ممكنة.

أخيرا، جهد إصلاحى مكثف ومتكامل ربما يمتلك قيمة سياسية، وفى ذلك غالبًا ما يبدو أكثر درامية وجذبا للانتباه من سلسلة مبادرات برنامجية ضيقة. عن طريق وعد السكان بوعود مبشرة، يستطيع الإصلاح الواسع أن يبدو مثل استراتيجية سياسية فعالة – خصوصًا عندما يكون السكان ساخطين على النظام الحالى (إلدمان ١٩٨٤).

فكر فى هذا المثال. افترض بلدًا مهمومة بكل من الارتفاع الزائد الظاهر لوفيات الأمهات، المعدل الكلى المنخفض لتوقع الحياة عند الميلاد بين فقراء الريف. التشخيص الموجه لكشف أسباب هذه المشاكل ينتج عنه على الأرجح نفس النتائج. سوف يظهر ان سوء جودة الخدمة ونقص استخدامها هما السبب مرة بعد مرة. وحيث إن نظام خدمة القطاع العام القائم على نفس الميزانية هو الذى يقدم الرعاية فى كل هذه المجالات، الاستجابة الملائمة لهذا الوضع قد تكون هجومًا متعدد الاتجاهات، باستخدام عديد من أزرار التحكم لتحسين الخدمة وزيادة استخدامها فى المناطق الريفية الفقيرة. وقد يقود هذا إلى برنامج معقد للإصلاح الصحى، مخطط لتحسين الأداء دون رفع التكلفة. مثلاً، من الممكن تفويض سلطات ملموسة إلى المجتمعات المحلية، ويسمح لهم أيضًا بإنشاء خطط تأمين صحى محلية (تمويل مجتمعى) لتوليد بعض صناديق مالية مضافة. من الممكن أيضًا السماح لهذه المجتمعات المحلية أن تتعاقد مع منظمات غير حكومية أو ممارسين من القطاع الخاص على أساس صرف حوافز أو مبلغ لكل حالة من أجل تشغيل المراكز الصحية المحلية – للحصول على نتائج أفضل من الموارد المتاحة.

مثل هذا المخطط، مشتملا على عدد من التغييرات الملموسة، سوف يشمل مخاطر وطلب ملموس، ولكنه سوف يكون دراميًا بشكل يكفى لإمكانية تجميع تأييد سياسى له وزنه. وهو يمنح الأمل أيضًا فى أن مجموعة من الإصلاحات سوف تتناول عديد من القضايا فى نفس الوقت، بأسلوب متكامل ومتماسك.

هنا مثل آخر. افترض أمة مهمومة بالاختلافات فى الحالة الصحية، والحماية ضد المخاطر بين هؤلاء الذين يعملون فى القطاع الرسمى (الحكومى والشركات الكبرى) وهؤلاء العاملين فى القطاع الغير رسمى أو عند أنفسهم. من المرجح أن الرحلة التشخيصية لكل من المشكلتين سوف تكشف عن أن هؤلاء فقط الذين يعملون فى القطاع الرسمى تغطيهم التأمينات الاجتماعية، بينما القطاعات الأخرى من قوة العمل تستخدم بشكل واسع مستشفيات القطاع العام أو أطباء القطاع الخاص، وتدفع للرعاية الصحية من جيوبها الخاصة. مثل هذه الأمة قد تقرر جيدًا تأسيس نظام موحد جديد للتأمينات الاجتماعية. هذا النظام سوف يزيد كلاً من القدرة على الوصول إلى الرعاية بين العمال فى القطاع الغير رسمى وتمنحهم حماية ضد المخاطر التى يفتقدونها الآن. ربما أيضًا يضم ذلك النظام جهود تأسيس نظام تعاقد اختيارى من خلال الصندوق المالى للتأمينات الجديدة، جنب إلى جنب مع إصلاح المستشفيات نفسها ليمنحها مزيد من سلطة الإدارة الذاتية، ويعطى مدراء هذه المستشفيات مزيد من السلطات. مثل هذا الإصلاح متعدد الأوجه يجب إن يقوم على أساس سلسلة من الرحلات التشخيصية النوعية. ولكن تنشأ الحاجة إلى حقيبة من التغييرات المتصلة ببعضها البعض بسبب تعقيد مجموعة الأسباب المتقاطعة والتى يجب تناولها. وأيضًا، كما هو دائمًا، حسابات "الجدوى" السياسية و"القابلية الإدارية للتنفيذ"، كما سوف نناقشها لاحقًا فى هذا الفصل، لابد لها أن تؤثر على قرار رجل الإصلاح من أجل الشروع فى هذا الطريق.

من المحتمل أن هذا النوع من التحليل واضح وضوحًا لا لبس فيه فى حجج هؤلاء الإصلاحيين الذين يدافعون عن تغييرات ملموسة فى السياسات دون وصل مقترحاتهم بأى مكاسب متوقعة على نحو خاص فى الأداء. ومع ذلك، من تجاربنا، ليست الحالة هكذا نمطيًا. الفشل فى تقديم أى تحليل تشخيصى منهجى هو على الأرجح يعكس أفكارًا للإصلاح، مخطط لها بشكل سيء، ولم يتم التدبير لها جيدًا طول الوقت. فى الواقع، برنامج إصلاح عالى التعقيد، مصمم لتحسين الأداء على

عدة أبعاد، يتطلب مزيد ، وليس قدرًا أقل، من التفكير أكثر من بدائل الإصلاح المتواضعة الأكثر بساطة. العواقب المكملة والمتصادمة احتمالاً، لمثل هذه البرامج المعقدة، تحتاج بشكل خاص إلى تحليل صريح.

تطوير شجرة تشخيص للنظام الصحي

قبل تقديم نموذج معين لكيف نقوم بعمل تشخيص، نحتاج إلى معايرة توقعاتنا حول ما سوف تجده مثل هذه العملية. مع التسليم بتعقيد قطاع الصحة، نادرًا ما سوف تكون الحالة أن "أ" قد تسببت نتيجة "ب" و"ب" فقط، وأن "ب" قد سببتها "ج" و"ج" فقط. بدلاً من ذلك:

- على الأرجح هناك مراحل عديدة، أو سلسلة من الأسباب.
- كل تأثير قد ينتج بقدر كبير من أكثر من سبب واحد.
- كل سبب على الأرجح سوف يكون له عدة تأثيرات.
- الأسباب والآثار قد يتفاعلا معًا وكل منهم يقوى الآخر بطرق متنوعة.
- لن يكون كل سبب قابل للتناول بواسطة السياسات العامة.
- قد يحتاج التغيير بقدر كبير العمل على أكثر من سبب وأحد فى وقت معين – أى، تغيير أكثر من زر تحكم واحد.

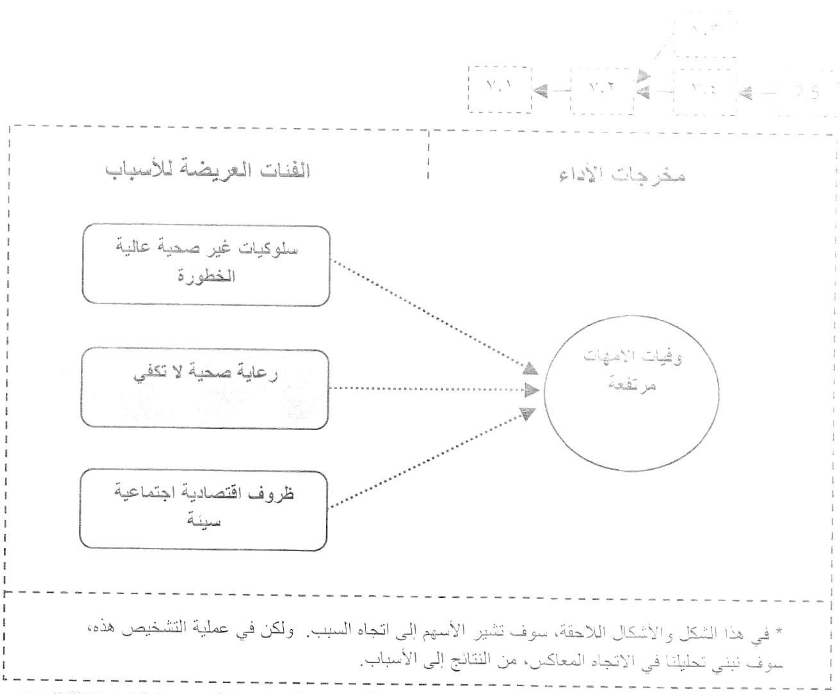
مع أخذ هذه المحاذير فى الاعتبار، دعنا ننظر فى مثال معين لرحلة التشخيص. سوف نستخدم، حتى نفعل ذلك، أداة تحليلية نسميها شجرة تشخيص النظام الصحى، وهى مماثلة ولكن بشكل مختلف لنوعين آخرين من الشجر التخطيطى التى قد يكون القارئ معتادا عليهم. أحد هذين النوعين هى شجرة اتخاذ القرار، المستخدمة لتحليل القرارات فى ظل ظروف غير معتادة. عند كل نقطة

تفريع فى شجرة اتخاذ القرار. تقع مجموعة من الأحداث مغلقة بشكل متبادل (أما بالصدفة أو بالاختيار الذى يختاره صانع القرار: بيهن وفوبل ١٩٨٢). إلا أنه، فى شجرة تشخيص النظام الصحى، يضع المحلل "الأسباب" المحتملة المتنوعة لحالة معينة عند كل نقطة تفريع، وهى قد تكون بقوة الحالة التى تعمل عندها فعلاً العديد من الأسباب فى نفس الوقت. وليس على غرار شجرة اتخاذ القرار، لا يوجد افتراض أن المسارات مغلقة بشكل متبادل.

شجرة تشخيص النظام الصحى تختلف أيضًا عن تخطيط الشجرة الواضح أثناء عملية التشخيص فى الطب العلاجى. وبينما تشمل هذه الشجرات أيضًا المسببات، عند كل فرع بشكل طبيعى. فقط واحد من مجموعة الأسباب البديلة هو الذى يقع عليه الاختيار. يعانى المريض أمَّا من هذا المرض، أو ذاك (تيرنى وآخرون ٢٠٠١). فى تشخيص القطاع الصحى، أكثر من سبب واحد (أكثر من "مرض") يعمل تأثيرهم فى نفس الوقت.

ضع هذا المثل فى اعتبارك. افترض حكومة بلد تقرر أنه، مقارنة ببلاد أخرى مماثلة، لديها بشكل ملحوظ معدلات أعلى لوفيات الأمهات، خصوصًا بين فقراء الريف. افترض أكثر أنه على أساس من خلفية سياسية وفلسفية، تقرر الحكومة القيام بتحسين هذا المعدل كأولوية. سوف نعمل عبر هذا المثل لنرى كيف تسير عملية التشخيص.

الخطوة الأولى، هى التفكير فى الفئات العريضة من الأسباب. الشكل ٧,١ يضع قائمة من ثلاث أسباب محتملة تساهم غالبًا فى مثل هذه المشاكل الصحية فى البلدان النامية: السلوكيات عالية الخطورة، الرعاية الصحية غير الكافية، والظروف الاقتصادية والاجتماعية السيئة.



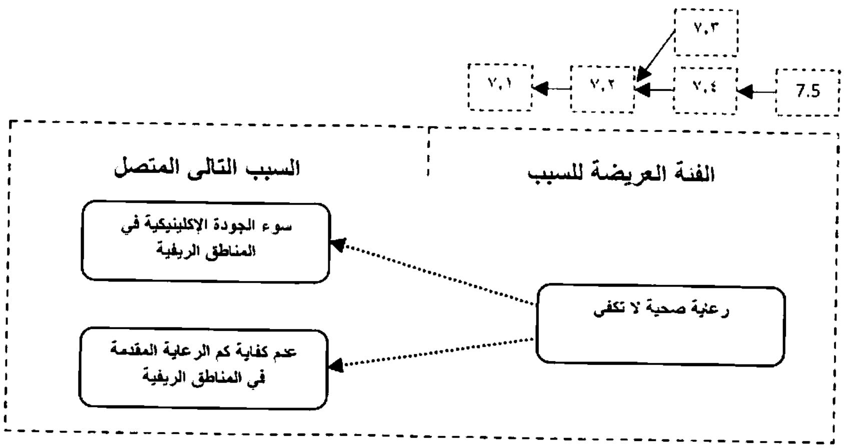
الشكل ٧,١ بداية العمل للخلف* عبر سلسلة السبب

كجزء من إصلاح القطاع الصحى، لن تستطيع البلد تناول أسباب خارج نظام الرعاية الصحية. رغم ذلك، هذه الأسباب يجب النظر فيها طوال التحليل من أجل الاحتفاظ بتوقعات حقيقية للدور الذى يستطيع إصلاح قطاع الصحة لعبه فى دل المشكلة (منظمة الصحة العالمية ١٩٨٦).

أحد الطرق لتمييز أى صلات ذات مغزى، هو النظر فى أوضاع بلد المرء نفسه مقارنة ببلدان مماثلة ذات أداء أفضل. أحد العوامل السببية التى تؤثر بنفس الشاكلة فى كلا البلدين قد لا تكون مسئولة عن الاختلافات فى الأداء. على سبيل المثال، لو أن المخاطر الناتجة عن السلوك الغير صحى (مثل العمل البدنى الشاق، التدخين) هى نفسها مرتفعة فى بلدنا مثل البلاد الأخرى ذات الأداء الأفضل، فمن

ثم هذه الأسباب ليست مسئولة على الأرجح عن المعدل المرتفع لوفيات الأمهات. الخط الثانى من التحليل، هو أن تستفيد بأى تباينات فى المخرجات داخل البلد الواحد؛ مثلاً، التباينات بين المناطق أو الطبقات الاجتماعية الاقتصادية. نستطيع بعدها التفكير فى النظر إلى هل هناك أى تباينات فى الأسباب المحتملة التى تتوازى مع التباينات فى المخرجات؟. مثل هذا الاجتماع لا يبرهن على أن هناك صلة سببية، ولكن يجب أن يولد شكًا كافيا لاستكشاف المسألة بطريقة أعمق (روسى وفريمان ١٩٩٨).

افترض بلادًا أخرى بنفس الظروف الاقتصادية الاجتماعية وأنماط السلوك، تحقق مستويات أفضل فى معدل وفيات الأمهات. هذا يملى احتياجًا للتركيز على الخدمات الصحية بوصفها عامل حاسم محتمل. السؤال التالى، كما يصوره الشكل ٧,٢، هو ما هى أوجه الخدمات الصحية "الناقصة" عند الأمة. هذه المرحلة الثانية تظهر كيف يصل تحليل الأسباب إلى الخلف عبر أسباب متتالية لسوء الأداء (وأسباب هذه الأسباب). شجرة تشخيص النظام الصحى هى فقط مجرد طريقة لتتبع مسار، ورسم خريطة، لسلسلة الأسباب الداخلة فى العملية.



الشكل ٧.٢ الخطوة التالية للخلف عبر سلسلة السبب

الخطوة الأولى لفرز الإسهام النسبى لكلا السببين الواردين بالشكل ٧,٢ هو النظر فى مسألة الاستخدام. ما هى الرعاية التى يتلقاها المواطنون؟ لو مثلاً معدل زيارات الرعاية قبل الولادة لكل حامل، ومعدل الولادات بالمستشفيات مماثلان لمعدلات البلدان ذات الأداء الأفضل، كم الرعاية لن يكون هو المشكلة على الأرجح. معدلات استخدام أقل، من الناحية الأخرى، قد تفترض قضية كم. وبالمثل، معدل الوفيات بين المرضى المسجل دخولهم إلى المستشفى (مرة أخرى، مقابل علامات مقارنة دولية) قد يزودنا بمعلومات عن الجودة الإكلينيكية. وحيث إن معدلات وفيات الأمهات بين فقراء الريف تحظى باهتمام خاص، سوف يكون من المهم مقارنة جودة وكمية الرعاية لهؤلاء السكان إزاء بقية السكان فى البلد. إضافة إلى ذلك، كما نوهنا أوليًا، عند كل تفرع فى الشجرة، الاختيارات ليست مغلقة بشكل متبادل. قد يوجد تمامًا هنا مشاكل الكم والكيف بدرجات متنوعة فى مناطق مختلفة من البلد.

وبينما يتحرك المحللون للخلف عبر شجرة الأسباب، عليهم السعى لتمييز العوامل التى يمكن تبديلها عبر مبادرات السياسة الجديدة. مثلاً، افترض أن البيانات ترجح سوء جودة الرعاية الإكلينيكية – خصوصًا فى المناطق الريفية – يساهم فى وفيات الأمهات. يفرض ذلك نظرة أعمق فى الأسباب المحتملة لسوء الجودة الإكلينيكى على هذا الترتيب، كما فى الشكل ٧,٣. الفرعان الأوليان من الشكل على خط مستقيم. أولاً، هل هناك مشكلة مع مقدم الخدمة؟ كما ناقشنا فى الفصل السادس، تقييم المهارة وصناعة القرار سوف يشمل عمومًا النظر فى السجلات الطبية، وتفحص الرعاية المقدمة فى عينة من حالات وفيات الأمهات، لن يكون أمام هذا التقييم سوى طريق وأحد للتقدم فيه (لوكيار وهاريسون ١٩٩٤). لو أن هذه الدراسة سوف تستكشف قضايا جودة إكلينيكية، فلا بد أن ذلك سوف يثير مزيد من التقصى. أولاً، هل القرارات المتخذة فى طريقة رعاية المريض كانت قرارات صحيحة؟ وبشكل بديل عن ذلك، هل كانت تلك هى الحالة التى عندما حاول مقدمو

الخدمة التصرف معها بطريقة صحيحة، لم يتمكنوا؛ لأن المداخيل الضرورية كانت تنقصهم، مثل الأفراد، والمنشآت، والأجهزة، والأدوية، والمستلزمات الأخرى (بيرفيك وآخرون ١٩٩١)؟.

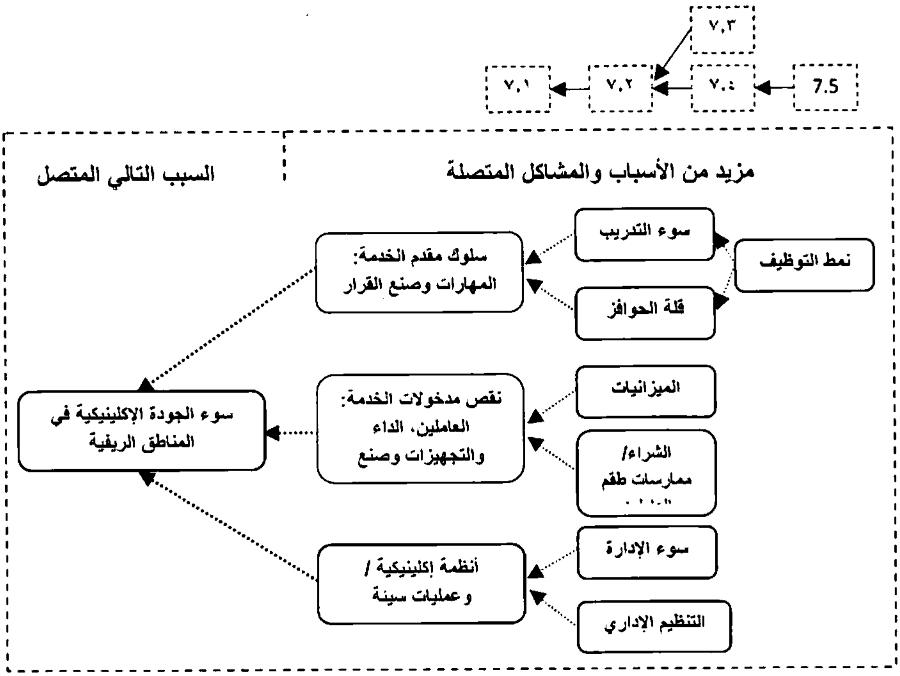
الاحتمالية الأخرى هى أننا نستطيع اكتشاف مشاكل فى النظم الإكلينيكية – سوء الاتصال، ضياع السجلات، وهلمجرا. الفرع الثالث فى الشكل ٧,٣ يعكس هذا الاحتمال الأخير. وكما ذكرنا عند مناقشة الجودة الإكلينيكية، الطريقة التى يتم بها تنظيم الرعاية الصحية على الأغلب هى المسئولة عن النتائج السيئة. وكما سوف نرى فى الفصل العاشر (التنظيم)، كثير من قوة الاندفاع فى حركة إدارة الجودة الشاملة استهدف إحداث تغييرات فى مثل هذه الأنظمة (ديمينج ١٩٨٢، جوران وجرانيا ١٩٨٠).

كل من هذين السببين يثيران مزيد من الأسئلة. افترض أن قرارًا خطأ قد اتخذ. هل هذا بسبب أن الناس لا تعرف بشكل أفضل (التدريب)، أو بسبب أنهم لا يحاولون بجهد كاف (التحفيز)؟ لو أن المدخلات محدودة، هل هى مسألة موارد الميزانية الشاملة، أو هى مسألة الطريقة التى يتم بها الشراء والتوظيف؟ لو أن النظم الإكلينيكية وإجراءاتها هى المعيبة، هل هو سوء الإدارة داخل المنشأة أو الطريقة التى ينظمون بها الرعاية فى النظام ككل، أو كل من السببين؟ وحيث إننا نتحرك للوراء عبر السلسلة السببية، يجب علينا أن نحيط بالضروريات التى تفرض ذلك حتى نؤسس عملنا على الدليل وليس التخمين والتنبؤات.

بمزيد من العودة للخلف يبدأ كشف عوامل تم جمعها مصنفة تحت أزرار التحكم. لو أن العاملين غير محفزين، أو أن أنظمة العلاج غير مبنية بشكل محكم – نتيجة لسوء الإدارة – لماذا يحدث ذلك؟ هل هذا نتيجة غياب مدراء يؤدون عملهم على نحو أفضل، أو أن المدراء ينقصهم المهارة والسلطات ليؤدوا بشكل أفضل؟

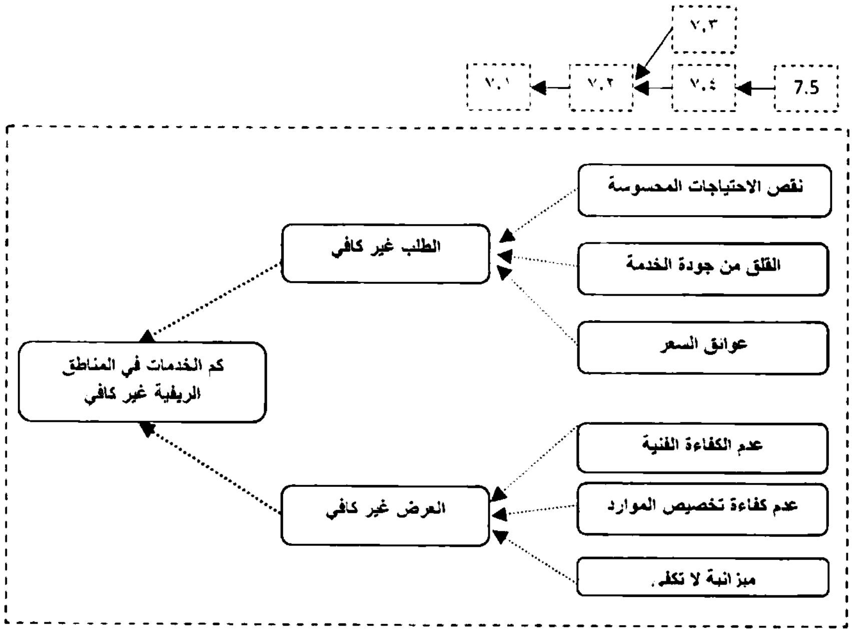
(روبرتس ١٩٧٥). هنا نرى تعبيرًا عن المبادئ التى أشرنا لها أوليًا – وهى أن الأسباب قد يكون لها أكثر من تأثير واحد، والتأثيرات قد يكون لها أكثر من سبب واحد. وبشكل جلي، كل من هذه النهايات من الممكن بدورها أن تستثير مزيد من التحليل. لماذا، مثلاً، التدريب ليس أفضل، أو لماذا لا يتم تحفيز الأطباء تحفيزا أكبر؟

وبدلاً من ذلك، افترض التقييم الذى يعرضه الرسم التخطيطى ٧,٢ كشف أن عدم كفاية جودة الخدمات المستخدمة فى المناطق الريفية هى سبب حاسم لسوء الأداء. الدراسة المتعمقة المطلوبة حينئذ يعرضها الرسم التخطيطى ٧,٤.



الشكل ٧,٣ مزيد من الخطوات للخلف عبر سلسلة السبب

لماذا قد تكون كمية الرعاية لا تكفي؟ يكمن التفسير أمًا فى جانب العرض، أو جانب الطلب، بينما قد يشمل التفسير الأكثر مباشرة التوافر المادى الصريح. هل توجد عيادات ومستشفيات بأطقم العمل كاملة، والإمدادات وطاقة تقديم مزيد من الخدمات؟ لو أن هذه هى الحالة، فمن ثم إمًا أن المرضى لا يستخدمون الخدمات القائمة هناك، أو أن هناك عوائق تمنع "التوافر المادى" من أن يصبح "توافرًا فعالاً" (كما عرفنا هذه المفاهيم حين مناقشة "الوصول للخدمة" فى الفصل السادس). لو لم تكن الخدمات متوافرة ماديًا، أن تسأل "لماذا" يؤدى هذا السؤال إلى احتمالات متنوعة – ربما تكون ميزانية هذه الأنشطة قليلة جدًا. وبشكل بديل، لو مستويات الإنفاق مقارنة بمناطق أخرى أو بلدانا أخرى ذات معدل استخدام أعلى، فمن ثم نقص الخدمات قد يكون ناتجا عن إما عدم الكفاءة الفنية (أى، وحدة التكلفة عالية تؤدى إلى أحجام أقل) أو عدم كفاءة تخصيصية (أى مزيج من الخدمات غير سليم منتج من منظور علاقة التكلفة بفعالية الأداء). ولو أن أى من هذه الأسباب (أو كلها) ظهر أنها الحالة التى بين أيدينا، فنحن نقترب أكثر من نقطة تعريف الأسباب، التى قد نغيرها بتحريك أزرار التحكم المتنوعة.



الشكل ٧,٤ الأسباب المحتملة لأنخفاض استخدام الخدمة

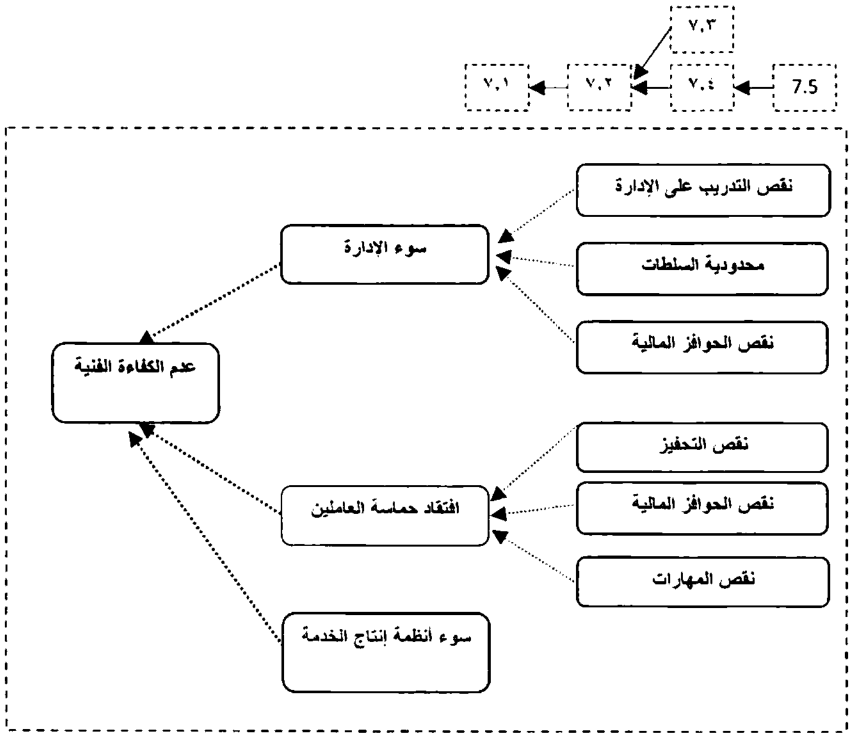
من الناحية الأخرى، لو أن الخدمات متاحة ماديًا ولكن غير مستخدمة، فالقضية تصبح على جانب الطلب. أولاً، قد يكون هناك نقص للحاجة المحسوسة – أى، قد تكون الثقافة المحلية تفضل بشدة تقديم خدمة تقليديه أو غير مؤسسية. وبشكل بديل، "جوانب جودة الخدمة" قد تجعل الخدمة غير جاذبة (ميرونترا وجاريت ٢٠٠٢)؛ وهكذا، أيضًا، قد يكون وجود رسوم مالية للخدمة، إما بشكل صريح للمؤسسة، أو فى شكل طرق دفع غير رسمية لمقدم الخدمة، أو متطلبات يشتريها المريض بنفسه مثل الدواء والمستلزمات. تظهر هذه الأمثلة كيف أن العرض والطلب لا ينفصلان عن بعضهما تمامًا؛ لأن انخفاض الطلب قد يكون بسبب طبيعة العرض.

حتى نرى ذلك، دعنا نقتفى أثر مجموعة أكثر من العلاقات السببية، كما فى الشكل ٧,٥. افترض أن النظام غير كفء فنيًا (تكلفة عالية). لماذا قد تكون الحالة هكذا؟ هل هو سوء الإدارة، نقص مجهود العاملين، قصور فى نظام إنتاج الخدمة؟ افترض، مثلاً، إن الدراسات تكشف عن أنه بينما لدى العيادات نظريًا ما يكفى من أطقم العمل، لا يعمل الأطباء فعليًا سوى سويعات قليلة فى اليوم ويمضون أوقات ما بعد الظهيرة فى عيادات خاصة (بيرمان وساكاى ١٩٩٣). ومن هنا، عب العمل المتمثل فى عدد الحالات لكل طبيب منخفض، ومتوسط التكلفة عال. لتحسب حسابات ذلك، على الرحلة التشخيصية أن تمضى إلى مدى أعمق وتنظر فى حوافز طاقم العمل، والثقافة المؤسسة، ونظم المساءلة (أو غيابها)، وكيف يتم اختيار المدراء وكيف يتم تحفيزهم؟ ومسائل أخرى من هذا الصنف. من المؤكد أن هذا التحليل قادر على الوصول إلى نهاية الرحلة؛ اسميًا، التعرف على ملامح الوضع الذى يحمل ضمنيًا القدرة على تغييره. ومع ذلك تذكر، أن أثر الأسباب المتعددة التى تتفاعل فيما بينها موجود بقوة ومستمر، وأن السياسات المتعددة المتفاعلة بين بعضها البعض، قد تكون مطلوبة للخروج بنتائج أفضل.

لاحظ أن، ما قمنا به فى هذا التحليل، لم يظهر سوى عدد محدد من معايير الأداء الوسيطة التى تعرفنا عليها فى الفصل السادس: جوانب متنوعة من الجودة، وحق الوصول إلى الخدمة، والكفاءة وقد لعبوا دورًا فى كل السلسلة السببية المحتملة. ومع ذلك لاحظ، أيضًا، أن تصنيفات مثل "الكفاءة الفنية" و"الجودة الإكلينيكية" لم تظهر عند نهايات فروع شجرة التشخيص. بل، تظهر هذه التصنيفات فى منتصف الرحلة، وظهورها نفسه يتطلب مزيد من التوضيح.

وكما أشرنا، مسارات هذه الرسوم التخطيطية ليست مغلقة على نحو متبادل. بالعودة إلى الشكل التخطيطى رقم ٧,٢، قد يكون لدينا كل من مشكلة الكم والكيف – من الممكن أن ينتج عن نفس الأسباب مشاكل من كلا النوعين. مثلاً، قد تصل إلى المستشفيات مستحقاتها بطريقة لا تولد حوافز على الأداء. وهذا، بدوره، من الممكن أن يولد كلاً من رعاية طبية سيئة الجودة، وعدم كفاءة فنية تحد من كمية

الرعاية. أكثر من ذلك؛ لو شاهدنا الشجرة كلها بكامل فروعها، سوف نرى أن العديد من العوامل التى ساهمت فى سوء الجودة هى أيضًا أسبابًا ضمنية لعدم الكفاءة الفنية. وهذا لأن المؤسسات ذات الأداء السيئ هى نمطيًا غير كفء فى إنتاج كل شيء: كميًّا وكيفيًا جنبًا إلى جنب. أكثر من ذلك، أحد نواحى القصور هى قد يكون نتيجة العديد من الأسباب المتفاعلة مع بعضها البعض.



الشكل ٧،٥ الأسباب المحتملة لعدم الكفاءة الفنية

وبينما نعمل للخلف على طول السلسلة السببية، نتعرف على أسباب نوعية أكثر وأكثر، والتى تبدأ بدورها فى السماح لنا بالتعرف على حلول علاجية نوعية. هذه العملية من التشخيص تؤدى بنا إلى العودة إلى أزرار التحكم فى النظام الصحى.

وصل الأسباب بأزرار التحكم

لطالما ألححنا أن "أزرار التحكم" تقدم لنا إطار عمل للتفكير فى التدخلات المحتملة لتحسين أداء القطاع الصحى فور ما ننتهى من رحلة التشخيص. فى الواقع الفعلى، هذه الأزرار تقدم قائمة بالخيارات. كطريقة لشرح كيفية استخدام الأزرار، نستكشف الآن مثال معدل وفيات الأمهات المرتفع بالتقدم خطوة واحدة أبعد.

- **التمويل:** لو كان لدينا مشكلة تتعلق بكمية الخدمة، هل نستطيع فتح موارد تمويل جديدة، أو إضافية لتوسيع ميزانية هذه الخدمة؟ أو بديلاً عن ذلك، هل نستطيع تبديل الطريقة التى ننفق بها الموارد التمويلية القائمة لزيادة كفاءة تخصيص الموارد؟.
- **الدفع (السداد):** لو نكتشف أن لدينا مشكلة تحفيز، هل هى على مستوى المؤسسة ككل أم أنها على مستوى مقدم الخدمة؟، هل نستطيع تغيير طريقة الدفع، أو تغيير معدلات ما ندفعه، أو نحسن كلاً من كم وكيف الخدمات المقدمة؟
- **الهيكل التنظيمي:** إذا لم نكن منظمين بطريقة تيسر اقتصاديات المقدار والتنسيق، إذا ما عانى المرضى من العوائق الثقافية أو لديهم تفضيلات لأنواع معينة من مقدمى الخدمة، ما هى التغييرات التى نستطيع عملها فيمن يقدم خدمات صحة الأم المتنوعة للتغلب على هذه المشاكل؟ لو أن القضية مشكلة كفاءة فنية و/أو مشكلة جودة خدمة، أو جودة إكلينيكية، هل نستطيع تغيير الطريقة التى ننظم بها مقدمى الخدمة بطرق تساعد على زيادة أدائهم؟.
- **القواعد واللوائح المنظمة:** هل هناك أدوات من اللوائح التنظيمية نستطيع نشرها لزيادة جودة وكمية الخدمات أو لزيادة معدل استخدامهم؟.
- **السلوك:** لو أن هناك أسبابا هامة على جانب الطلب، هل نستطع السعى للتأثير على الأميات لزيادة استخدامهم للخدمات المتاحة؟.

لاحظ أنه حتى تحصل على تحسن ملموس فى وفيات الأميات، من المحتمل أن يكون علينا اتخاذ عديد من الخطوات فى نفس الوقت. مثلاً، افترض أننا نعيد تنظيم الهيكل الإدارى من أجل إعطاء المدراء سلطة أوسع لتحسين الكفاءة. من المرجح أن يكون لذلك أثر أقل كثيرًا لو تم منفصلاً، عما لو تم بالاشتراك مع إصلاح فى طرق الدفع (مثل التحفيز عن طريق التعاقد) من النوع الذى يمنح المدراء سببًا قويًا لتحسين أدائهم. وبالمثل، جمع مزيد من الأموال (بواسطة التمويل) لدفعها داخل نظام الرعاية الذى يعانى من سوء الأداء قد يكون له أثر قليل جدًا دون تغييرات مكملة فى طرق الدفع وفى التنظيم الإدارى.

من المرجح أن يعمل نفس النوع من التأثيرات المتفاعلة؛ عندما يأتى الأمر إلى حدوث التغييرات فى السلوك من جانب الطلب فى هذه المشكلة. افترض أننا نحاول إقناع المرضى المتشككين بزيادة استخدامهم الخدمات الصحية لرعاية الأم التى قمنا بإعادة تنظيمها. إعادة التنظيم هذا عليه أن يؤدى إلى تغييرات فى الجودة الطبية وفى "نواحى جودة" الخدمة تؤدى بدورها إلى إحداث خبرات إيجابية عند هؤلاء الذين يستخدمون الخدمة. فعليًا، حتى نحدث اختلافات حقيقية، ربما نحتاج إلى جمع مزيد من الأموال (التمويل) ونقدمها عن طريق خطط حوافز مالية جديدة (الدفع) لمقدمى الخدمة بعد إعادة هيكلتهم (التنظيم)، حتى وبينما نحن نسعى إلى إقناع المرضى أن الخدمات الجديدة تستحق رعايتهم (السلوك).

الأهمية النسبية والمرجعية، إضافة إلى محتوى هذه التدخلات سوف تعتمد على خصائص وضع البلد. مثلاً، لو أن الخدمات تقدم بشكل واسع من خلال منشآت تشغيلها المباشر يتم عن طريق وزارة الصحة، سوف يكون من الأسهل التأثير على تنظيمها الداخلى مما لو كانت تقدم بواسطة أطباء مستقلين. فى الحالة الأخيرة، من المرجح أن الحوافز المالية و/أو القيود اللائحية سوف تلعب دورًا أوسع. وبالمثل، أمة بنظام تقديم خدمة قطاع عام، العاملون به محفزين بشكل

معقول، ولكن تعرقل حركتهم ميزانيات مقيدة، وإدارة سيئة؛ سوف تحتاج هذه الأمة إلى تغييرات تنظيمية مختلفة عن نظام موظفيه ناقدين ساخطين وغير مبالين.

نحتاج أيضًا إلى إدراك أنه ليس كل رجل إصلاح فى القطاع الصحى سوف ينتهى إلى إقرار برنامج إصلاح طموح يتكون من عدة تغييرات كبرى. قد تنقصهم السلطة أو الموارد، أو أن الجدوى السياسية والإدارية تشير نحو مجهود أكثر تواضعا. ولو كان الأمر كذلك، نعتقد أن القرار يجب أن ينشأ بوصفه نتيجة لتحليلات من النوع الذى وصفناه تَوًا.

عملية تطوير السياسات

قبل أن نقول المزيد حول الجسم المادى لإصلاح القطاع الصحى، نحتاج إلى مزيد من الكلام حول العملية. تظهر لنا التجارب أن العملية تحمل نفس أهمية محتوى الإصلاح؛ فعليًا، الاثنان مضفران مع بعضهما البعض جيدًا. وعلى الأخص، شمول عملية تطوير السياسات لجماعات المصالح يخدم على الأقل أربع وظائف.

الأولى، مشاركة هؤلاء الذين سوف يؤثر فيهم الإصلاح يسمح لصناع السياسة بسماع هموم جماعات المصالح وأخذها فى الاعتبار. وذلك يستطيع أن يحسن كلاً من قبول وفعالية مبادرات الإصلاح. وكما ناقشنا فى الفصل الرابع، أحد طرق تجميع ائتلاف مناصر هو التراضى مع الدوائر الرئيسية على سمات وملامح الإصلاح، التى هى أكثر أهمية بالنسبة لهم مما هى بالنسبة لرجال الإصلاح. السماح لهذه الدوائر بالمشاركة فى عملية تطوير السياسات هى أحد الطرق لتتعلم هذه الاهتمامات وتأخذها بعين الاعتبار (هايمان ١٩٨٧).

وبالمزيد، إدراكنا لمثل هذه الاهتمامات يمكنه أن يحسن فرص تنفيذ السياسات تنفيذًا ناجحًا. مثلاً، التوافق مع مقترح نظام لوائح تنظيمية جديد، قد لا

يكون ببساطة أمرا عمليًا، مع الأخذ فى الاعتبار بيانات المستشفيات الحالية وطاقاتها الإدارية. تعلم مثل هذه القضايا فى عملية تطوير السياسات يمكنه أن يكون حاسمًا فى أهميته عند خلق خطة تتحقق عمليًا كما كان مقصودًا لها.

الثانية هى: المشاركة التى تزيد من قبول الخطة، لأنها تزيد من الشرعية النفسية والفلسفية للعملية التى تطورت الخطة من خلالها. تستطيع عملية سماع ما يقوله أصحاب المصلحة "انتقاء" المشاركين، الذين يشعرون ساعتها أن همومهم قد تم الاعتراف بها حتى لو لم يحصلوا على كل ما كانوا يريدونه (كوب وروس ١٩٩٧). العمل بطريقة منغلقة يعمل من الناحية الأخرى وجدانيًا وبشكل يدعو للحذر على توليد العداوة والشك. وللمزيد، فى المجتمعات الديموقراطية، السماح بارتفاع صوت المصالح يعمل على الأرجح على زيادة مشروعية العملية (ونتائجها)، ليس فقط بين هؤلاء الذين شاركوا، ولكن أيضًا بالنسبة لكل شخص آخر (الموند وفيربا ١٩٦٣).

ثالث الوظائف، تستطيع المشاركة الإفادة بتعليم جماعات المصالح الضغوط والهموم الواقعة على رجال الإصلاح بواسطة الدوائر الأخرى. مثلاً، يتعلم الأطباء على الأرجح ما هى مطالب المستشفيات والنقابات والمستهلكين الآخرين. وهذا يعطى رجال الإصلاح كلاً من عذر وتفسير لسبب عدم استجابتهم اضطراريًا على نحو مفضل لمطالب أى من جماعات المصالح هذه.

الرابعة: تعلم المشاركة المشاركين تفاصيل المقترحات التى تنشأ فى النهاية. على سبيل المثال، لو تدخلت الحكومات المحلية فى صناعة مقترح لا مركزية القطاع الصحى، فعلى الأرجح سوف يعرفون ما معنى ذلك بالنسبة لمسئولياتهم هم أنفسهم. وهذا يسمح للجماعات ذات العلاقة فهم أى إصلاح، ويجعلهم قادرين على نحو أفضل على التنبؤ بعواقب الإصلاح عليهم، ويجهزون أنفسهم لمواجهة هذه العواقب. وهذا بدوره من المرجح إن يساهم فى تقليل القلق، وعدم اليقين، ومن هنا تنخفض على الأقل بعض من مقاومتهم للتغيير.

في نفس الوقت، من الحقيقي أيضا أن المشاركة تستطيع أن تمضي بعيدًا جدًا. هناك قدر كبير من الدليل على أن المهارة والقدرة عند جماعات المصالح تتنوع بشكل واسع عندما يأتي الأمر إلى التأثير على تطوير السياسة (كويت وكويت ١٩٨٧؛ كاتلين ومارتين ١٩٩١). تميل الجماعات التي تمتلك الموارد والخبرات بشكل أكبر إلى ممارسة أثر أكبر. وهكذا، ميزان القوى في العملية المشاركة قد تكون مختلفة تمامًا عن الأهمية النسبية التي يضعها المدافعون عن الإصلاح، على اهتمامات جماعات المصالح المتنوعة.

كما اقترحناه مرارًا، عندما يصل الأمر إلى إصلاح القطاع الصحي، هذا الاختلال في الميزان ينحاز انحيازًا محافظًا إلى عملية تطوير السياسة. الجماعات المنظمة جيدا، خصوصًا جماعات مقدمي الخدمة، يستطيعون اجتياح الجماعات الغير منظمة والغير متخصصة. مثلاً، المستهلكون من فقراء الريف نادرًا ما يمتلكون الموارد حتى يمتلكون صوتًا نافذًا في مناقشات الإصلاح، خصوصًا في القضايا الأكثر فنية. وبالمزيد، المؤسسات أو الأشكال التنظيمية الجديدة التي قد يخلقها الإصلاح ليست موجودة بعد؛ حتى تدافع عن مصالحها.

إضافة إلى ذلك، من الممكن أن تنحل عمليات المشاركة بسهولة إلى مطلب التوحد في رأي واحد. وهذا يعطي المصالح المتمرسة حق الاعتراض، الذي يستطيع إعاقة أي أمل في تغيير حقيقي. وهذا أيضا من الممكن أن يؤدي إلى لغة تقارير أو تشريع غامضة عن قصد – للغرض المحدد في السماح لتلك المصالح ذات التوجهات المتعددة للاتفاق على حل وسط. هذه النتيجة ترحل الاختيارات القاسية إلى مرحلة التنفيذ – حيث مرة أخرى تستطيع المصالح الجيدة التنظيم أن تسود غالبًا (كما ناقشناه في الفصل الحادي عشر عن اللوائح التنظيمية؛ اكرمان ١٩٧٤، لأندي وآخرون ١٩٩٠). فعليًا، أحيانًا تدعم المصالح القوية النفوذ استراتيجيا استخدام لغة غامضة لتزحزح القضايا الهامة إلى عملية إدارية لا يشاهدها بوضوح كبير الرأي العام، ويتوقعون أن يكون لهم فيها نفوذًا أكبر.

كل هذه الملاحظات تطرح أن مشاركة جماعات المصالح تزيد ولا تخفض من الحاجة إلى دور قيادة بواسطة رجال الإصلاح. يستطيع رجال الإصلاح فعل الكثير لصياغة شكل أية عملية مشاركة عن طريق وضع تعريفات للإجراءات ولأعضائها: يستطيعون صياغة الأسئلة، ووضع الأجندات، وتعيين البدائل، وتحليل التبعات. يستطيعون بل ويجب أن يشرحوا بأمانة حدود النقاش، وأن يعينوا ماذا تكون، وماذا لن تكون خيارات ومجالات العمل، بصراحة تامة.

أكثر من ذلك، هؤلاء الذين يتحملون مسئولية إدارة الرحلة التشخيصية أو تطوير السياسات يحتاجون إلى فهم أن جماعات واسعة من الناس نادرًا ما يستطيعون القيام بالعمل التحليلى الجاد. فى مقدمة أحد النهايات، يستطيعون "عصف الذهن" وتوليد أفكار جديدة - وفى مؤخرة النهاية الأخرى - يستطيعون القيام بنقد انتقائى للمقترحات التى كانت مطروحة على المائدة ذات مرة. ولكن العمل الشاق فى المنتصف، من المضى بنتائج "العصف الذهنى" إلى اختيار السياسة المطورة، جنبًا إلى جنب مع تحليل تبعات هذا الاختيار، ليس عمل اللقاءات الموسعة. بدلاً من ذلك، يتطلب هذا الأمر موارد طاقم عمل منظم ويعمل طبقًا للوائح. المدراء ذوو المهارات الراقية يعرفون أن الخلفيات، والتدريب، والعمل السياسى والانحياز المسبق عند طاقم العمل، كل هذا يستطيع التأثير على النتائج. والأمر سوف يكون هكذا على وجه الخصوص عندما تكون البيانات شحيحة أو غير مكتملة، كما هى فى الغالب الحالة فى إصلاح القطاع الصحى (النقطة التى سوف نعود إليها قريبًا). وهذا فقط يدعم مرة أخرى الحاجة لإدارة عملية مشاركة - عمل طاقم جماعى - بأسلوب منظم وراق.

أنصار الإصلاح الصحى حتى ينفذوا هذا العمل غالبًا ما ينظمون "فريقًا للتغيير" ليدير عملية وضع تصميم للسياسة وإقرارها (جونزاليز - روستى وبوصيرت ٢٠٠٠). هذه الفرق مسئولة عن العمل مع مجموعات متنوعة - داخل وخارج

الحكومة – لتدير تعقيدات الترويج لتغيير السياسة. يتطلب فريق التغيير، ليس فقط طاقات فنية من أجل تصميم السياسة، ولكن أيضًا طاقات سياسية لحشد وتعبئة الجماعات والأفراد ذوى العلاقة. يتنوع موقع فريق التغيير هذا، معتمدًا على بدايته المؤسسية وموقع أنصار الإصلاح. من الممكن أن يكون الفريق جماعة استشارية بمكتب الرئيس أو رئيس الوزراء؛ ومن الممكن أيضا أن يكون الفريق لجنة تشريعية أو لجنة متخصصة لنصح وزير الصحة. وكما وجدنا مع إصلاح السياسات الاقتصادية (ووتر بيرى ١٩٩٢)، سلطات الفريق، وحوافزه المالية، وموقعه، وتشكيله، هى أمور فارقة بحسم فى توفير فرص إصلاح ناجح للقطاع الصحى.

وجد تحليل قامت به الفرق، تغيير فى ثلاثة حالات ببلدان أمريكا اللاتينية للإصلاح الصحى (تشيلى وكولومبيا والمكسيك) خطوط عديدة مشتركة: التلاصق الايدولوجى، المهارات الفنية العالية، العمل فى عزلة، استخدام شبكات عمل السياسات (جونزاليز-روسيتى وبوصيرت ٢٠٠٠، ٥). عملت الفرق فى هذه البلدان فى العديد من الوزارات والوكالات، خصوصًا وزارة المالية، ووزارة التخطيط، ومكتب الرئيس، وأحيانًا الجيش. وبينما تشكلت هذه الفرق من فنيين يستطيعون صياغة السياسات الجديدة، فإنها أيضًا احتاجت إلى خوض معارك مع البيروقراطية فى الهيئات الحكومية، وإلى إدارة ضغوط جماعات المصالح، وتبحر عبر العملية التشريعية لإنتاج قوانين جديدة، والشروع فى مبادرات تنفيذ الإصلاح. وهكذا خلق فريق للتغيير يمثل استراتيجية سياسية ذات مغزى فى حد ذاتها فى مثل هذه الحالات. ولكن الفرق شيدت أيضًا استراتيجيات سياسية إضافية؛ لتناول هذه التحديات فى عملية إصلاح القطاع الصحى – وأحيانًا الدعم المطلوب من المستويات السياسية الأعلى لإنجاز التغيير، كما حدث فى كولومبيا وتشيلى.

فى الأخير، نود قول كلمة عن عملية توليد بدائل للسياسة. كثير من الأبحاث حول حل المشاكل، والإدراك الإنسانى، تدعم فكرة أن من الصعوبة الشديدة توليد

أفكار جديدة (برازلاى وارماجانى ١٩٩٢). الناس عموما يمرون بأوقات صعبة، حين يضطرون للتفكير "خارج صندوق" مفاهيمهم وإطاراتهم المعتادة. كل ذلك يملى درس أعلنا عنه فى بداية الفصل "قم بالتقليد ولكن مع التعديل وفقا لظروفك".

قد يتخذ التقليد عدة أشكال. الأفكار المستمدة من مبادرات الإصلاح الصحى فى البلدان الأخرى هى أحد المصادر الصريحة. الإمكانية الأخرى هى الأفكار التى تطورت فى مجالات سياسة أخرى يمكن تكييفها وفقا للسياق الصحى. مثلاً، لو نجح تنفيذ اللامركزية فى مجال التعليم، ربما نستطيع تطبيقه مع الخدمات الصحية. لو التعاقد فى قسم الطرق السريعة أدى إلى تحسين جودة العمل، ربما تكون هذه دروس مستفادة لأقسام الغسيل فى المستشفيات وخدمات الغذاء.

الحجج النظرية العامة تستطيع أيضا تزويدنا بأفكار جديدة. ربما أفكار المنافسة فى الاقتصاد أو المسئولية الجنائية فى القانون تقترح لنا مبادرات للإصلاح. ومع ذلك، نحتاج هنا إلى التصريح ببعض كلمات التحذير. الاقتصاديون على وجه الخصوص يصبحون بسهولة متحمسين لفكرة استخدام الأسواق لحل كل مشكلة – عل أساس النماذج النظرية التى لا تنطبق دائما على القطاع الصحى (راينهارت ٢٠٠١). بالنسبة لهذه الفكرة وللأفكار الجديدة الأخرى، من المهم ملاحظة جزء "ولكن عدل من تقليدك وفق ظروفك" فى النصيحة التقليدية.

لنلخص: تمتلك العملية تأثيرا على المحتوى، والحياة السياسية، والتنفيذ. ليست المشاركة مجرد مؤامرة محبوكة وفقط. بل إنها أيضا أداة للتعليم والتدريس، وتستطيع تحسين السياسة ماديا وتمتلك تأثيرا أكبر على قابليتها للقبول. ولكن المشاركة من الممكن أيضا أن تخرج من اليد وتجعل من حياة رجل الإصلاح حياة شديدة الصعوبة. لذلك، تحتاج عملية تطوير السياسات إلى إدارة بشكل استراتيجى. وكما هو مع كل شىء آخر فى الإصلاح الصحى، البصيرة البعيدة، والتحليل الدقيق، وتفكير النقد الذاتى. يمكن أن يساهموا بشكل ملموس فى تحقيق النجاح أو الفشل.

اختبارات المسح لتدخلات السياسة

فور ما تتميز السياسات التى تلقى الترحيب، يحتاج الإصلاحيون إلى القيام بدراسة جدوى جدية، وتحليل لأشكال التنفيذ. هذا التحليل يجب أن يضع فى حسابه الوضع السياسى المرجح قبل وبعد إقرار البرنامج، حساب العادات المحلية، والقدرات، والمؤسسات، وتحليل عن الموارد المالية والاقتصادية المتاحة. يجب أن يؤدى هذا التحليل إلى قصة سارة عن كيف أن تدخلات السياسة سوف ينتج عنها التغييرات المطلوبة فى الأداء. وليس هذا سهل دائمًا. معرفتنا بالقطاع الصحى وبالأنظمة الاجتماعية الاقتصادية ذات الصلة به أبعد من أن تكون تامة أو وافية. لذلك فنحن غالبًا غير قادرين على التنبؤ كاملا بأثر كل الإصلاحات الممكنة على النتائج والمخرجات الممكنة. ومع ذلك، هناك سمات معينة لمقترحات الإصلاح التى تمتلك قيمة عالية التوقع – سمات نتطلع إلى اختبار الفاعلية المتوقعة لمقترح معين.

القابلية للتنفيذ

ما يهم هو ما يحدث فعليًا لأداء النظام عند تنفيذ الإصلاح. لذلك يجب على الإصلاحيون استكشاف ما إذا كانت بلادهم تمتلك الشروط المسبقة المؤسسية والاجتماعية المطلوبة لدعم مقترح التجديد. مثلاً، هل الهيئات الحكومية التى سوف تكون ملزمة بتنفيذ البرنامج الجديد تمتلك المهارات الفنية، والتقنيات الإدارية الضرورية؟ هل الأنظمة القائمة لجمع البيانات تنتج المعلومات التى سوف يحتاجونها؟ ما هى الدرجة التى يمكن الاعتماد إلى القضاء والشرطة بها لتنفيذ اللوائح المنظمة المقترحة جبرًا هناك أيضا قضية نفوذ المصالح الخاصة. ما هو الدور الذى تلعبه الجماعات المتعددة – من زعماء القبائل إلى الأحزاب السياسية إلى المجتمع الطبى – فى عملية التنفيذ؟ هل مثل هذا النفوذ ينسف الأثر الحقيقى

لأى برنامج؟ كل هذه العوامل سوف تساعد على نسف ما تقوم أية سياسة نوعية فعليًا بإنجازه (بريسمان ووايلدافسكى ١٩٧٣، ديفيز وديفيز ١٩٧٥).

الشروط والأعراف الثقافية والاجتماعية سوف تمتلك أيضًا أثرًا على التنفيذ. كيف سيمتن الناس للسلطات؟ ما هو قدر استعداد الحكومة لاستخدام الإجبار للمضى فى هذا الطريق، وكم هى قدر المشروعية التى تتحلى بها هذه الجهود فى أعين السكان؟ هل إطاعة القواعد نفسها تكتسب قيمة واسعة، أو تلقى استهجانًا وعدم احترام؟ هل يكذب الناس أو يقولون الصدق عندما يسألون عن مسلكهم الخاص؟

وكما أكدنا فى مناقشة دورة السياسة (الفصل الثانى)، الحكماء الذين يضعون تصميمات السياسة يفكرون جيدًا فى مثل هذه القضايا لعملية تطوير السياسة. فهم لا يطرحون نظم دفع للمستحقات تغوى غير الحصيف أو لوائح تنظيمية تتطلب بيانات غير متوافرة لمراقبة ومتابعة أحكامها. رجال الإصلاح من الحكماء "لا" يفترضون أن فكرة من الدنمرك تصلح لاستنساخها فى أوغندا. بدلاً من ذلك هم ينظرون فى خطط تناسب الوسط الثقافى، والقدرة التنظيمية لبيئتهم.

الجدوى السياسية

يحتاج هؤلاء الذين يطورون السياسة أيضًا إلى إجراء توقعات حول عملية صنع القرار السياسى. فى الفصل الرابع، ناقشنا أفكار التحليل السياسى والاستراتيجية السياسية، وعرضنا كيف يؤثران على الجدوى السياسية. ذلك الفصل شدد على أن الجدوى ليست إصدار حكم "بنعم" أو "لا". فهى تعتمد ليس فقط على من سوف يبدأ مدافعًا أو معارضًا للخطة، ولكنها تعتمد على من سيكون مستعدًا لأنفاق أى موارد، وتحمل المخاطر، حتى يحصل على إقرار الخطة. وهى تعتمد أيضًا على المهارة السياسية لخصوم الخطة. حتى بعد ذلك، تكاد تصبح الحصيلة غير مؤكدة.

يحتاج رجال الإصلاح لذلك أن يسألوا أنفسهم على أى درجة من الصلابة هم وحلفاؤهم مستعدون للحرب حتى يحصلوا على إقرار خطة معينة. ربما يكون اختيارهم الحقيقى بين خطة من الأسهل التصديق عليها وخطة من الأصعب سياسيًا إقرارها، ولكنها تحمل آفاق تأثير أكبر. وهكذا، الحسابات السياسية لعلاقة التكلفة بالفائدة، القائمة على أساس وضع معين (مثل، الموارد السياسية، الأهداف، الفلسفة) لأنصار الإصلاح، تصبح واضحة جلية فى أى "اختبار مسح" للجدوى السياسية. وكما أشرنا فى الفصل الرابع، المقايضة الحاسمة ربما تتضمن تكلفة شخصية لرجل الإصلاح فى مقابل فوائد للمجتمع ككل.

القدرة السياسية على السيطرة

الاعتبار الأخير فى عملية تصميم السياسة هو هل الترتيبات والمؤسسات الجديدة سوف تصبح خاضعة لسيطرة سياسية ديموقراطية فعالة؟. مثل هذه السيطرة تعتمد على سمات عديدة للوضع. أولاً، هل ستصبح نتائج السياسة معلومة للجمهور؟ أى هل العواقب قابلة للقياس، وتلك النتائج شفافة؟ ثانيا، فور ما نعرف نتائج سياسة ما، هل هناك آليات قائمة لتغييرها استجابة للمعلومات حول ما تقوم به من أداء؟ أخيرًا، هل هؤلاء الذين يمتلكون سلطة إحداث مثل هذه التغييرات "أنفسهم" قابلين للمسائلة؟ أى، لو أن المواطنين غير سعداء، هل يمتلكون قنوات للعمل السياسى متاحة؛ ليعبروا بشكل فعال عن سخطهم ومن خلال هذه القنوات يدفعون الأمور نحو مزيد من الإصلاحات؟

الحجة العامة لمثل هذه القدرة على السيطرة تقوم جزئيًا على أساس عدم الخلو من العيوب فى أى إصلاح. لو نخلق مؤسسات وترتيبات جديدة من الصعب تغييرها، تستطيع جهودنا الأولية بسهولة أن تصبح عقبة فى الجولات الأخيرة من الإصلاح (راولز ١٩٩٦). القدرة السياسية على السيطرة، كما نعتقد، سوف تنتج

عموما مخرجات أفضل على المدى الطويل. المستهلكون والمرضى والمواطنون الذين يمتلكون صوتًا سياسيًا سوف يطالبون على الأرجح ويحصلون على أداء أفضل من نظامهم الصحى. أكثر من ذلك، مع تنحية النتائج جانبًا، بوصفنا ليراليين ينادون بالمساواة، نحن نعتقد أن الناس يجب أن يكونوا قادرين على تشكيل السياسات العامة ذات التأثير الواسع على حياتهم.

ومع ذلك، هذا الاختبار هو أيضا اختبار محل نقاش وخلاف، وبعض الناس داخل القطاع الصحى يريدون تقليص السيطرة السياسية على نواتج الإصلاح. مثلاً، فى الاقتصاديات المتحولة ببلدان أوروبا الشرقية، يفضل الأطباء غالبًا تأسيس صناديق تأمين اجتماعى معزولة عن عملية الميزانية العامة (فيلدشتاين ٢٠٠١). فهم لا يثقون فى مؤسسات بلدهم السياسية، الواقعة تحت ضغوط عديدة من طلبات متنافسة، أن توفر مستويات التمويل للرعاية الصحية التى يرغبون فيها.

نحن ندرك أن القابلية للمساءلة السياسية، من الممكن أن ينتج عنها عواقب غير مرغوبة فى حالات معينة. مثلاً، من الممكن أن تزيد الشفافية من نفوذ جماعات مصالح معينة، التى تستخدم المعلومات حول ما يحدث؛ لتمارس ضغوطا على عملية التشريع. وتستطيع مثل هذه الترتيبات أيضا أن تجعل من الأصعب بالنسبة للمشرعين تأييد المقترحات التى يعتقدون أنها فى صف المصالح القومية، فى حين أن نفس هذه المقترحات تنسف المصالح الضيقة لدوائرهم الانتخابية.

المستبد العادل أو التكنوقراط الأقوياء يستطيعون الخروج بنتائج "جيدة"، إذا ما اتفق ذلك مع قيمهم المادية الخاصة. ولكن تلك استراتيجية خطيرة جدًا على المدى الطويل. إضافة إلى ذلك، العجز عن التنبؤ بالعواقب الكاملة لمقترحات سياسة خاصة بجهة ما هى حجة قوية ضد محاولة منع المراجعات والتصحيح. وهكذا، نحن نلح على أن آليات الشفافية للمساءلة السياسية يجب أن تتبنى فى مؤسسات كجزء من إصلاح القطاع الصحى.

السياسة الصحية القائمة على الدليل تتطلب... دليل! إلا أن العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط يعوزها الدليل الكافى. وللمفارقة، مع ذلك، حتى عندما تتوافر البيانات والمعلومات، غالبًا لا يستخدمونهم بشكل جيد. لذلك نحتاج إلى الاهتمام بكل من توافر المعلومات، واستخدامها الفعال. التقرير الأخير للمنتدى العالمى للأبحاث الصحية أشار إلى أن "مثل كل السلع العامة العالمية، الصحة والأبحاث الصحية على مستوى العالم تعانى من قلة الاستثمارات" (٢٠٠٠) .

أى نوع من المعرفة نستطيع استخدامه؛ لتمييز أسباب. والتنبؤ بعواقب إصلاح القطاع الصحي؟ أكثر الدراسات المرغوبة هى الدراسات المخططة جيدًا التى تخرج بنتائج إحصائية يعتمد عليها تربط السياسة بالأداء. مثل هذه الدراسات، رغم ذلك، ليست شائعة فى عمل النظم الصحية بنفس الدرجة التى تشيع بها فى الأبحاث الطبية. نظم الرعاية الصحية نظم معقدة ومتنوعة، وهناك القليل من الحالات التى تخضع للدراسة – أى، بلدان قليلة نسبيًا. لذلك من الصعب أن تحصل على عينة واسعة بدرجة كافية لتتعامل مع المتغيرات المتنوعة ذات العلاقة الكامنة. إضافة إلى ذلك، بسبب صعوبة جمع البيانات، هذه البيانات فى الغالب غير مكتملة ولا يعتمد عليها (ويليامز ٢٠٠٠). وبالمزيد، من المستحيل تقريبا إجراء تجارب محكومة حتى على نظام صحى واحد – بغض النظر عن العدد الكبير للنظم الصحية – بالطريقة التى نستطيع بها إجراء دراسة على عدد كبير من المرضى.

أحد المصادر الأخرى المرغوبة للأدلة هى الدراسة المخطط لها جيدا التى تجريها المشروعات الاسترشادية التى تغطى مواقع تجريبية وغير تجريبية (حيث إنها تمثل مجموعات مقارنة) وتخرج منها تقارير ببيانات مقارنة عن الأداء. ولكن تلك المصادر أيضا نادرة نسبيًا. التحاليل المقارنة لتدخلات متماثلة فى بلدان مختلفة

هى الغالبة ويمكن أن تكون مفيدة تمامًا فى اقتراح نماذج حالة ممكنة (فرانكل ودوجيت ١٩٩٢). افترض، مثلاً، أننا ننظر فى مجموعة منتقاة من مبادرات التمويل المجتمعى، بعضها يسير بشكل حسن، والبعض الآخر لا. ربما عندئذ نستطيع تطوير بعض الأفكار حول الشروط المسبقة من أجل نجاح مثل هذه التدخلات. والأصعب فى الاستخدام ولكنه يمتلك قيمة (وربما الأكثر شيوعًا، خصوصًا فى التغييرات على المستوى القومى) هى التقارير حول أثر تغير السياسة فى بلد واحد (كولينز وآخرون ١٩٩٦). قد يكون من الصعب تمييز أسباب النجاح أو الفشل المتشابكة فى مثل هذه التقارير، ولكن هذه الأسباب مع ذلك تظل مثيرة للتفكير وغنية بالأفكار.

بالإضافة إلى دراسات متعددة الأنواع، المواقف النظرية العمومية – حول تأثير الحوافز الاقتصادية للرموز السياسية – من الممكن أيضا جلبها لتتحمل حالات خاصة. مثلاً، لو أنك تدفع للأطباء أكثر ليفعلوا "س" أكثر من "ص"، على الأغلب هم يقومون بمزيد من "س" والأقل من "ص". ومع ذلك يجب أن نكون حريصين، لأن المواقف النظرية قد يضيع منها تفاصيل محلية هامة، مثل هل المستشفيات سوف ترسل بتقارير دقيقة، أو هل الأسواق المحلية هى فعلاً أسواق تحكمها المنافسة. وهذا يؤدى إلى قاعدة ثالثة للتشخيص والتنبؤ: اسميًا، خبرة المحلل الخاصة والأحكام المبنية على الرأى المزودة بمعلومات عن المعرفة المحلية التفصيلية. قد يساعد ذلك شخص ما يرى سبب احتمال ألا تصلح سياسة أو برنامجًا معينًا فى بلد آخر.

ما يتجاوز نطاق هذا الفصل تقديم دليلاً استرشاديًا مسهبًا حول العديد من التفصيلات الصغيرة لأبحاث النظام الصحى، التى قد تدعم الرحلة التشخيصية من أجل الإصلاح الصحى. ولكن حتى نساعد بدء عملية الإصلاح، هنا بعض الاقتراحات الموجزة.

فى التسعينات، ظهرت تجميعات للبيانات حول أداء النظام الصحى. بالنسبة للبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، اشتملت هذه التجميعات على تقارير المفوضية الدولية للأبحاث الصحية من أجل التنمية، وتقرير البنك الدولى عام ١٩٩٣ "الاستثمار فى الصحة"، والأحدث تقرير منظمة الصحة العالمية "النظم الصحية: تحسين الأداء" عام ٢٠٠٠. النشرة السنوية لمنظمة التعاون الاقتصادى والتنمية، "بيانات الصحة"، تقدم مصدرًا لا يقدر بثمن لبيانات الدول الأعضاء فى المنظمة. التقارير القومية لبلدان أوروبا الشرقية والوسطى، التى تصدرها منظمة الصحة العالمية. والمرصد الأوروبى حول نظم الرعاية الصحية ("نظم الرعاية الصحية فى مرحلة التحول"، أو سلسلة HIT)، مفيدة جدًا أيضًا فى هذا المجال. تتضمن كل من هذه التقارير الكبرى كمية جيدة من المعلومات حول سمات النظام الصحى ومخرجاته.

إلا أن توافر البيان وجودته فى هذه المراجع العالمية غير متوازن بشدة. استجابات بلدان عدة لتقرير البنك الدولى عام ١٩٩٣، وتقرير منظمة الصحة عام ٢٠٠٠ كانت مختلطة بشدة. كشفت الانتقادات المتنوعة لهذه التقارير أن الأرقام التى يقدمها البلد الواحد كانت أحيانًا مبنية على متوسطات أقليمية. إضافة إلى ذلك، معلومات الإنفاق القومى على الصحة كانت مؤسسة أحيانًا على "تسديد بيانات" ملموس. حيث تتوافر مصادر محلية للبيان ولكنها غير معلومة لجامع البيان الدولى، تستطيع أن تمثل مصدرًا بديلاً أكثر ثقة (جدير بالثقة).

من المعايير الثلاثة الرئيسية، الأدلة على الحالة الصحية هى الأكثرها تطورًا. المقاييس التقليدية للحالة الصحية، مثل معدل وفيات الأطفال الرضع، ومعدل وفيات الأطفال تحت خمس سنوات، ومعدل البقاء على قيد الحياة، قد تم تعظيمها بمقاييس جديدة مركبة مثل سنوات العمر المعدلة بالمراضة (DALYs) (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠). الآن العديد من البلدان تجمع معلومات ملموسة

عن الحالة الصحية باستخدام أدوات قياسية مثل: مسوح السكانية (DHS) ومسوح قياسات مستويات المعيشية (LSMS). وقد يضاف إلى ذلك كملحق بيانات دراسات محلية أصغر تم أجراؤها بشكل متقن، لتزود ببعض تفاصيل إضافية حول مشاكل صحية نوعية، وحول جماعات سكانية بعينها.

أدلة الحماية المالية ورضا المواطنين أكثر محدودية، خصوصًا فى البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. مثلاً، أدلة توزيع العبء المالى فى الرعاية الصحية، قد يتوفر من دراسات الحسابات الصحية القومية، أو مسوح ميزانيات الأسر (ماكينن وآخرون ٢٠٠٠). ولكن مفهوم الحماية ضد المخاطر، يفرض اهتمامًا بأثر العبء المالى للرعاية على حالة ميزانية الأسرة. هنا قد تتوافر قليل من البيانات العامة. مثل هذه المخرجات لا تعتمد فقط على النظام الصحى، ولكن تعتمد أيضًا على عوامل اقتصادية اجتماعية أخرى. قياسات رضا المواطنين عن الأنظمة الصحية تم أجراؤها بكثافة فى بلدان منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية باستخدام أساليب استطلاعات الرأى، ولكن القليل من أدلة الرضا تتوافر عن البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. جهود منظمة الصحة العالمية فى تقريرها "الأنظمة الصحية: تحسين الأداء" لا تساوى شيئًا، ولكن هذه المعلومات غالبًا ليست مفصلة بالدرجة التى يمكن استخدامها لأغراض التشخيص.

قد يكون لدى فرادى الدول بعض الأدلة حول كل من الحماية المالية، ورضا المستهلك من المسوحات القومية، والدراسات النوعية. نحن نشجع بشدة القائمين على التشخيص بتركيب ومراجعة هذه المعلومات، وصقلها، وتحسينها قدر الممكن.

عندما يأتى الأمر إلى سمات الأداء الوسيطة العديدة والعوامل الأخرى التى تساعد على تحديد أداء النظام الصحى، فالأخبار الطيبة هى أن الأدلة الملموسة قد توافرت. هنا بعض مصادر البيانات الرئيسية:

- حساب الصحة القومى، دراسات تكلفة الرعاية الصحية، التقارير المالية للتأمين الصحى واللاعبين الآخرين فى تمويل الرعاية الصحية حول الموارد المالية، كل هذا يقدم بيانات عن التكلفة والمخرجات التى يمكن استخدامها فى تقدير الكفاءة.

- مسوح دخل وإنفاق الأسرة، وتقارير نظام المعلومات الصحية تسلط الضوء على الوصول إلى الخدمة والاستخدام.

- دراسات الجودة، وتقارير نظام المعلومات الصحية تقدم معلومات عن الجودة الإكلينيكية للرعاية المقدمة.

- الإحصائيات الحكومية، وإحصائيات الهيئات المهنية، والدراسات حول المنشآت الصحية تقدم بيانات عن توافر المنشآت والقوى العاملة، والأجهزة، والمستلزمات، إضافة إلى أحجام الخدمة.

- بيانات سوق الدواء العالمى، وإحصائيات السوق الحكومى، والقطاع الخاص تقدم معلومات عن توافر الأدوية واستخدامها.

نحن نعلم من التجارب أن هناك كثير من المعلومات ذات الصلة متاحة لتحليل الأنظمة الصحية تقريبًا فى كل بلد. ولكننا نعرف أيضًا أن هذه المعلومات قد لا يكون من اليسير الحصول عليها وأنها تحتاج إلى استخدامها بحذر فى الغالب. كثير من المعلومات المفيدة لن تكون منشورة، فى دراسات قامت بها الحكومة، أو الهيئات الدولية، أو مؤسسات محلية، أو أجنبية وشركات استشارات. من هنا "صنعة البيانات" قد تكون مطلوبة فى تعقب خط سير المعلومات ذات الصلة.

هنا بعض السبل التى يستطيع القائمون على الإصلاح جعلها أكثر فعالية فى استخدام الأدلة المتوافرة:

- **اعرف الأدبيات:** من السهل بشكل متزايد الوصول إلى معلومات حديثة من خلال النشر العالمى والانترنت. خذ وقتك لتحدد الأدبيات ذات الصلة ولتصبح معتادًا عليها. من غير المرجح أن تكون أول فرد يفكر أو يواجه مثل هذه المشكلة التى تحاول حلها.

- **احصل على النصيحة:** الخبرة القومية والدولية غالبًا متوافرة لمساعدتك لفرز الأدبيات وخبرات الدول الأخرى. كبرى المنظمات الدولية تستطيع أن تمد يد العون لك، بنفس القدر الذى تستطيعه الشبكات الدولية مثل المرصد الأوروبى أو التحالف من أجل أبحاث النظم الصحية. ولكن كما يقول المثل "دع المشترى يدرك". لا تأخذ النصيحة كأمر مسلم به، واجعلها محل شكك، خصوصًا النصيحة التى تأتى من هؤلاء الذين لديهم شيئًا ما يبيعونه، مثل أنظمة الحاسبات الآلية الغالية الثمن.

- **قم بتقدير موقف سريع:** كثير من الأسئلة لا تتطلب مشروع بحثى كبير من أجل تطوير حسابات مرضية. مجرد عدم توافر دليل مفصل عن نقطة هامة ما، لا يعنى غياب أساليب سريعة غير مكلفة للحصول على تقديرات مرضية. وقد تكون مثل هذه التقديرات كافية لأغراض وضع السياسة.

- **ادعم الدراسات الجيدة:** رغم النقطة الأخيرة، قد تكون هناك دراسات وتقديرات "سريعة وغير نظيفة". الأبحاث التطبيقية السليمة تستطيع تزويدنا بدليل حقيقى ويمكن الاعتماد عليه. كلما كانت الحكومة أكبر، كلما كانت الأخطاء ذات تكلفة اقدح. من خبرتنا، معظم البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط تستثمر أقل مما يجب فى أبحاث النظم الصحية. ولكن حيث إن مثل هذه الأبحاث تستغرق وقتًا وتخطيطًا وموارداً، مطلوب قدر جيد من البصيرة والتفكير المستقبلى إذا ما كان لك إن تمتلك البيانات التى تريدها وعندما تحتاج إليها فعلاً.

التشخيص وتطوير السياسات: بعض الملاحظات النهائية

حتى تؤدى مهمة جيدة فى تشخيص النظام الصحى القومى، يجب أن يكون القائم بإصلاح النظام الصحى مستعدًا، وفضوليًا، ومتحليًا بالدقة ومرحبًا جيدًا بالتعلم من الخبرة. ما زال "علم" إصلاح القطاع الصحى فى مراحله المبكرة من التطور. هنا بعض النقاط النهائية نحن نلح عليك إن تحتفظ بها فى بالك.

- **ابدأ من الخلف إلى الأمام فى السلسلة السببية؛ حتى تستطيع تحديد المتغيرات التى يمكن التعامل معها:** تمضى وظيفة تشخيص القطاع الصحى من الأعراض إلى الأسباب، من الأداء الغير مرضى حول الأهداف الحاسمة، إلى ما ينتج مثل هذه النتائج. هذه العملية ليست واضحة جلية على الدوام. قد تتسبب السياسات فى عواقب غير مقصودة، ومن الممكن إدارة مثل هذه السياسات على نحو سيئ. قد يدعى الأفراد أنهم يفعلون شيئًا ما وفى الواقع العملى هم يفعلون شيئًا آخر. عقل منفتح، ومتشكك، ودرجة عالية من الحيوية والفضول هو الأمر المطلوب.

- **لا تقفز إلى استنتاجات سريعة:** قد يكون مغرى أن تقرر مبكرًا ما هى المشكلة "فعلاً"، بناءً على أيديولوجية أو تصورات مسبقة. لسوء الحظ، ليس نادرًا أن المؤمنين حقًا بالإصلاح الصحى يختصرون عملية التشخيص. وهذا سوء حظ، حيث إن تحديد أسباب خطأ يؤدى إلى سياسات سيئة التخطيط. وهذا لن يشتت طاقات قيمة، ويهدر فرصة ثمينة وفقط، ولكن من الممكن أيضًا أن يضيع الثقة فى عملية الإصلاح عمومًا.

- **كن علميًا، وليس تكفيريًا:** من الممكن أن يضل التشخيص طريقه عندما تضبب أحكام الرأى التحليل العلمى. لو أن المؤسسات أو الأفراد يتصرفون على نحو لا نرضاه، فلسوف نقرر على الأرجح أنهم هم المشكلة. فى الواقع، ليس كل لاعب سيئ يحمل أهمية، السلوك السيئ قد يكون محصلة قوى أوسع. لهذا من

الهام أن تظل بارد التفكير فى رحلة التشخيص. لسوف يوجد الكثير من الوقت (والحاجة) للحماسة، فور محاولتك حشد وتعبئة التأييد السياسى من أجل سياسة معينة. وفى نفس الوقت، تقوم دعوة من أجل إجراء واضح يتضمن نقدًا ذاتيًا.

- **استخدم الأرقام:** نحن لا نؤمن أن كل شىء هام بالنسبة للقائمين على الإصلاح الصحى يمكن اختزاله إلى أرقام. ويبقى بدرجة أقل إيماننا بأن كل بلد سوف تمتلك – وتستطيع تحمل عبء – كل البيانات ذات القدر الجيد من الجودة التى يرغب المحللون فى الحصول عليها. وتجاهل المشاكل التى لا يمكن توثيقها بالأرقام من الممكن أن يكون بلاهة شديدة. يعرف واضعو خطط معالجة الكوارث أنه بعد الزلازل، "المناطق الصامتة" التى لم يسمعوا بها، من الممكن أن تكون أكثر المناطق تأثرا بالدمار. ونفس الشىء صحيح بالنسبة لأداء النظام الصحى. قد لا نحصل على أية بيانات على الإطلاق عن أسوأ المناطق أداء وأقلها بيانات. إلا أنه، على الرغم من كل ذلك، من الممكن أن تكون البيانات ذات فائدة عظيمة. البيانات قد تكون انحيازا بنعم أو بلا أو حكما بالرأى المسبق. قد تساعد البيانات على اتخاذ مسلكا علميًا. وسواء أكانت مؤشرات سنوات العمر المعدلة بالمرض أم مؤشرات الحالة الصحية، وسواء أكانت بيانات الحساب الصحى القومى أم استبيان لسلوك المواطنين، من الممكن أن تكون البيانات رافعة ضد الأحكام المجحفة بشكل مسبق. وحتى نستخدم المعلومات بشكل حكيم على القائمين بالإصلاح الصحى أن يعرفوا من أين تأتى المعلومات، وحدودها وما ينقصها وما تفترضه. ولكن ذلك فقط يزيد من الحاجة إلى القيام بالاستثمار اللازم بمثل هذا الفهم.

٧

التمويل

أول أزرار التحكم التى نستكشفها هى التمويل - الآليات التى نحشد ونعبئ بها النقود لتمويل أنشطة القطاع الصحى، وكيف نستخدمها (بمعنى توزيع المخصصات). كيف ندفع النقود، فور تجميعها، يندرج تحت عنوان زر التحكم "دفع المستحقات"، وهو ما سوف نتعرض له فى الفصل التالى.

يمتلك التمويل تأثيرًا بالغ الأهمية على أداء أى نظام صحى. فالتمويل يحدد كم النقود المتاح، ومن يتحمل العبء المالى، ومن يتحكم فى الأموال، وما هو الوعاء الذى يتحمل المخاطر، وهل من الممكن السيطرة على تكلفة الصحة. هذه العوامل بدورها تساعد على تحديد من يستطيع الوصول للخدمة، ومن تغطيه الحماية ضد خطر الإفقار من كوارث نفقات الخدمات الطبية، والحالة الصحية للسكان. لا يوجد حل سحرى لمشاكل التمويل. كل الأموال المجمعة عبر أى أسلوب تمويلى (ما عدا المساهمات الأجنبية) تأتى، مباشرة أو غير مباشرة، من المواطنين. ما يجب على أمة تقريره هو ما هى المصادر التى تستخدمها، وإلى أى مدى. هذه الأسئلة هى محتوى هذا الفصل.

سوف ننظم مناقشاتنا كالتالي: سوف يعرض القسم التالى المعايير الرئيسية التى سوف تستخدم عندما تتدبر الأمة فى أى مزيج من أساليب التمويل هو الملائم لها بأحسن ما يكون. سوف ندافع عن موقف ينادى بأن هذا المزيج سوف يعتمد بل ويجب أن يعتمد بشكل كبير على القيم الاجتماعية، والحياة السياسية للأمة. تاليا

لذلك سوف نصف أساليب التمويل المختلفة، ونناقش مزاياها وعيوبها. سوف نناقش تاليًا سؤال كيف نخصص الأموال التى يولدها النظام التمويلى. سوف نختتم ببعض النصائح المشروطة حول أى مخططات تمويلية تصبح ذات جدوى للبلدان فى المراحل المختلفة من التطور الاقتصادى الاجتماعى.

بعض الاعتبارات عند اختيار استراتيجية تمويلية

كل أمة، بشكل صريح أو مبهم، عليها أن تقرر استراتيجية للتمويل – حول أى مزيج من الأساليب التمويلية تستخدمها لضخ الأموال فى نظامها الصحى. نصف فى هذا الفصل خمسة أساليب: الإيرادات العامة، الضمان الاجتماعى، تأمين القطاع الخاص، الدفع مباشرة من جيوب المرضى، التمويل المجتمعى. معظم البلدان تستخدم مزيجًا من الأساليب. مثلاً، من المفهوم بشكل واسع أن المملكة المتحدة هى أمة تعتمد على الإيرادات العامة لتمويل نظامها الصحى. ومع ذلك، فى الواقع، فقط ٦٧% من تمويل الصحة يأتى من الإيرادات العامة؛ ١٢% يأتى من مساهمات الضمان الاجتماعى، ١٠% يأتى من تأمين القطاع الخاص، ٢% تأتى مباشرة من جيوب المرضى (البيانات الصحية لمنظمة التعاون الاقتصادى والتنمية ٢٠٠٢). الهند معروفة أيضًا بأنها تعتمد بشكل كبير على الإيرادات العامة لتمويل النظام الصحى. فى الواقع، مع ذلك، فقط ٢٠% من الإنفاق الصحى يأتى من الإيرادات العامة، مع أكثر من ٧٠% يأتى مباشرة من جيوب المرضى، وأقل من ١٠% يأتى من مصادر أخرى (بيترز وآخرون ٢٠٠٢).

عندما تبحث الأمم عن استراتيجيات تمويلية أفضل لتحسين أداء نظامها الصحى، يجب وضع عديد من العوامل الجوهرية فى الاعتبار.

لتقرير ما هو واضح، نفس هيكل التمويل وترتيباته التنظيمية لا يمكن تطبيقه عند كل الأمم. ما يصلح فى المملكة المتحدة ربما لا يصلح لكينيا. من الناحية الأخرى، هل يجب علينا معاملة كل أمة بشكل مختلف؟ هل نستطيع تصنيف الأمم إلى مجموعات واستخلاص استنتاجات عامة للأمم فى كل مجموعة؟. لأسباب عدة نحن نعتقد أن من الممكن القيام بهذا التصنيف بناءً على نصيب الفرد من الناتج الإجمالى المحلى (هسياو ٢٠٠٠).

ترتبط بشدة قدرة الأمة على حشد وتعبئة الأموال بمتوسط دخل أفرادها. الدخل يحدد قدرة الأسرة على الدفع مقابل الرعاية الصحية والطلب على الخدمة الصحية. العوامل الكبرى الأخرى المرتبطة ارتباطًا شديدًا بالدخل، تشمل أساس الضريبة الذى تستطيع الأمة منه جمع إيرادات الضريبة، وعدد العمال فى القطاع الرسمى، الذى يؤثر على قدر ما يمكن جمعه من خلال الضمان الاجتماعى، وعدد الأسر الفقيرة التى يجب دعمها ماليًا.

أيضًا الأساليب المختلفة تضع طلبًا أكبر أو أقل على البنية التحتية للأمة وطاقة إدارتها للقطاع الخاص أو العام. هذه العوامل هى أيضًا مرتبطة بشدة بمتوسط دخل الفرد. الأمم ذات الدخل المنخفض، فى المتوسط، تختلف أيضًا عن الأمم عالية الدخول فى أن لديها نسبة أعلى كثيرًا من النشاط الاقتصادى تعمل فى الظل (دخل شرعى غير مسجل ويأتى من أنشطة غير ظاهرة). تقديرات شنايدر (فى ٢٠٠٠) لاقتصاد الظل فى المكسيك، والفلبين ومصر وتايلاند بأكثر من ٥٠% من الناتج الإجمالى المحلى الرسمى لكل منهم. الأمم عالية الدخل مثل اليابان والولايات المتحدة لديها أيضًا اقتصاد فى الظل، ولكنه أقل من ١٠% من الناتج الإجمالى المحلى الرسمى لكليهما. وهذا يتعلق باختيارات التمويل لأن من الممكن جمع الضرائب أو مساهمات الضمان الاجتماعى من دخول اقتصاد الظل. لهذه الأسباب نحن نستخدم نصيب الفرد من الناتج الإجمالى المحلى كطريقة لتجميع الأمم فى مجموعات (هسياو ٢٠٠٠).

فرز الأمم على أساس مستويات الدخول يساعدنا على تحليل الأساليب التمويلية المتاحة فى هذه الأمم، وكمية الأموال التى يمكن جمعها عبر المصادر المختلفة، وهكذا الوعاء المالى لمخاطر اعتلال الصحة. أول مجموعاتنا تشمل كل الأمم ذات الدخل المنخفض. هنا أموال الضرائب عادة تقوم بتمويل من ٤٠% إلى ٦٠% من الإنفاق الصحى الكلى، ومن ١٠% إلى ١٥% تموله التأمينات الاجتماعية (على الأرجح تقريبًا يغطى موظفى الخدمة المدنية)، ومن ٤٠ إلى ٥٠% يأتى تمويلها من جيب المرضى مباشرة. نسب التأمين الصحى الخاص يمكن التغاضى عنها أو غير موجودة بالمرة، لأن القليل من الأسر تستطيع تحمل تكاليف شراء تأمين خاص، والضمانات الإدارية الضرورية غير موجودة لمنع قضايا تدليس التأمين الخاص.

وحين يتقدم التصنيع فى البلد، وينمو متوسط دخل الفرد، مما يجعل منها بلدًا متوسط الدخل، يتوسع الضمان الاجتماعى عادة، نتيجة لنمو عدد العمال فى القطاع الرسمى. يبدأ التأمين الصحى للقطاع الخاص فى الظهور ولكنه يظل يلعب دورًا صغيرا. الحصة الأكبر من الإنفاق الصحى تبقى ممولة من الإيرادات العامة، أو من جيوب المرضى مباشرة. هذه البلدان تضمها مجموعتنا الثانية. الاختلاف الأكبر بين المجموعة الأولى والمجموعة الثانية هو الحصة النسبية للإنفاق الصحى الكلى المموّلة من مصادر مختلفة، وحجم الخدمات التى يمولها التأمين القطاع الخاص والضمان الاجتماعى. مثل هذه الخدمات عمومًا تتطور فور توفر هذه المصادر الأخرى للتمويل، وهى غالبًا تقدم جودة أعلى للخدمات بشكل ملحوظ، أكثر مما هو متاح فى المنشآت الحكومية المدارة مباشرة.

المجموعة الثالثة تتضمن كل البلدان العالية الدخل، التى أسست (ما عدا الولايات المتحدة) نظامًا للتمويل لضمان شمول حق الوصول إلى الخدمات الصحية. يقدم الجدول ٨,١ هذه المراحل الثلاث من تطور التمويل الصحى، مع أمثلة للبلدان فى كل مجموعة، إضافة إلى موجز لتمويل وتنظيم الرعاية الصحية النمطى لكل مرحلة.

السؤال الرئيسى للاستراتيجية التمويلية هو. هل تستطيع هذه الاستراتيجية حشد وتعبئة الأموال الكافية للوفاء بالمستوى المرغوب من أوجه الإنفاق فى القطاع الصحي؟ نتعرف على الطاقة المالية من السياق. نتائج أية استراتيجية سوف تعتمد على البنية الاقتصادية لمجتمع ما (هل هناك العديد من العمال فى القطاع الرسمي؟)، وطاقة الحكومة الإدارية. أكثر من ذلك، كمية النقود التى يمكن جمعها ربما تعتمد بشكل كبير ليس فقط على قاعدته الاقتصادية ولكن أيضا على ما يرحب المجتمع بالتخلى عنه فى ميادين أخرى (مثل التنافسية الدولية لتكلفة قوة العمل الأعلى، أو الإنفاق الأقل على مرتبات التقاعد أو التعليم) من أجل زيادة الإنفاق على قطاعها الصحى. وهكذا، من المفيد التفكير فى التناسب أو عدم التناسب بين استراتيجية تمويلية، وأهداف تمويل القطاع الصحى لأمة ما. عندما يناقش القائمون على الإصلاح "استدامة" نظام تمويل لصحة أمة ما، فهم فى الواقع يركزون على هذا السؤال. دعنا نلقى نظرة سريعة على كل أسلوب تمويلى من هذا المنظور.

قدرة الأمة على جمع أموال من الإيراد العام يعتمد على حجم قواعد الضريبة المتنوع – حجم النشاط الاقتصادى الخاضع لضريبة معينة. أينما تتصل هذه القدرة بشدة مع المستوى الكلى للتنمية الاقتصادية، ربما تلعب عوامل معينة أيضا دورًا (مثل، وجود موارد من المتيسر تحصيل ضرائب عليها مثل النفط، أو دورًا كبيرًا لقطاعات من الصعب تحصيل ضرائب منها مثل صغار الفلاحين).

بالنسبة للتأمين الاجتماعى، القدرة المالية تعتمد على القدرة على جمع مساهمات من الموظفين والعمال. إلا أن المشروعات الصغيرة قد لا تحتفظ بسجلات سليمة، وحتى على مستوى المفهوم، فصل مكاسب فلاح صغير، أو مالك مشروع

أعمال صغير، ليس من السهل القيام بفصل (الدخل نتيجة العمل) عن أرباحه (دخل الرأسمال). ومع ذلك دخل العمل فقط من المفترض أنه خاضع للضريبة. لجأت بعض البلدان إلى فرض مساهمات قياسية من الذين يعملون عند أنفسهم لحل هذه المشكلة. فى المجر، مثلاً، هذه الضريبة على أساس دخل الشخص الذى يكسب الحد الأدنى من الأجر، وهى قاعدة مفضلة جدًا عند رجال الأعمال الصغيرة.

عمومًا، كلما ازدادت التعقيد التقنى للبنية التحتية الإدارية لبلد ما، وكلما ازدادت الحركة التعاونية بين مواطنيه، كلما أمكن للتضامن الاجتماعى أن يصل إلى مدى أبعد من حجم الأعمال الصغيرة. ولكن فى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، لن يكون هذا المدى كبيرًا جدًا. فى مثل هذه الحالات، من الممكن تطبيق الضمان الاجتماعى .

جدول ٨,١ نشوء وارتقاء تمويل الرعاية الصحية ونظم التوريدات عند مراحل متنوعة من التطور الاقتصادي

	المرحلة الأولى (نظام ثلاثي الأركان)		المرحلة الثانية (تمويل وتوريد قطاعي)	المرحلة الثالثة (تغطية شاملة**)
	البلدان الفقيرة	البلدان منخفضة الدخل		
	(أقل من ١٨٠٠$)*	(١٨٠٠$ إلى ٤٨٠٠$)*	(٥٠٠٠$ إلى ١٢٠٠٠$)*	(أكثر من ١٢٠٠٠ $)*
الإيراد العام	الصحة العامة، الوقاية		خدمات الصحة العامة	الخدمات الصحية القومية المملكة المتحدة ونيوزيلندا
التمويل والمانحون	المنشآت الصحية الحكومية (المستشفيات والعيادات)			الغوث الطبى والتأمين ضد الكوارث (سنغافورة)
	(٥٠% - ٦٠%)	(٤٠% - ٥٠%)	(٢٠% - ٤٠%)	
الضمان الاجتماعي	لموظفى الدول فقط	(١٠% - ٢٠%)	تأمين اجتماعي (توريد مباشر/غير مباشر) (٣٠% - ٦٠%)	تأمين صحى قومي (كندا واستراليا) تأمين اجتماعى بسماركي (ألمانيا، اليابان)
تأمين صحى قطاع خاص	لا يذكر	(٥% - ١٠%)	تأمين خاص (١٥% - ٤٠%)	رعاية مخططة والميديكير (الولايات المتحدة)
دفع من الجيب الخاص	مستشفيات وعيادات وصيدليات خاصة طب تقليدي		(١٥% - ٢٥%)	(١٥% - ٢٥%)
	(٣٥% - ٤٥%)	(٢٠% - ٤٠%)		
	مالى، نيجيريا، تنزانيا كينيا، اليمن، بنجلاديش، الهند	الصين مصر بيرو الإكوادور، الفلبين، اندونيسيا	تركيا تشيلى المكسيك الأرجنتين البرازيل لبنان فنزويلا تايلاند ماليزيا	

*نصيب الفرد من الناتج الإجمالى المحلى، ١٩٩٧ PPP$
** ما عدا الولايات المتحدة وهونج كونج
المصدر: هسياو ٢٠٠٠.

فقط بالنسبة للعمال الذين يعملون لصالح الشركات الكبرى (حيث يعمل أكثر من عشر عمال) والعاملون فى القطاع الرسمى.

تستطيع شركات التأمين الخاصة حشد وتعبئة الأموال من الناس الذين يستطيعون الدفع ويرغبون فى الاحتماء بمظلة التأمين. ربما يكون ذوو الدخول العالية مرحبين بشراء تأمين خاص، لتغطية خدمات متسعة أو ذات جودة أعلى لأنفسهم، أكثر من استعدادهم لدفع ضرائب تفيد الآخرين. ولكن الأموال المجمعة من خلال التأمين الخاص الصحى لا تستطيع بسهولة توفير تمويل للفقراء. فى مثل هذا النظام، هؤلاء الذين لا يغطيهم تأمين خاص – لأنهم لا يطيقون تكلفته – من الممكن أن ينتهى بهم الأمر إلى دروب اليأس الخانقة، دون قدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية.

التمويل المجتمعى، خصوصًا فى المجتمعات الريفية الفقيرة، تمتلك قدرة محدودة فقط لجمع الأموال من أجل الرعاية الصحية. إلا أن الموارد التى يتم حشدها من هذه الموارد بهذه الطريقة تستطيع إيجاد مكاسب متواضعة، ولكن هامة لتمويل خدمات الرعاية الصحية الأولية. وبعض الرعاية العلاجية فى المستشفيات.

فى النهاية، دفع المرضى من جيوبهم الخاصة شائع فى معظم البلدان ذات الدخول المنخفضة والمتوسطة. دراسات حسابات الصحة القومية تقترح أنه قد يكون هناك استعداد ملموس وقدرة على الإنفاق على رعاية المرضى فى العيادات الخارجية، حتى بين الناس الفقراء نسبيًّا فى البلدان الفقيرة – خصوصًا عندما تتضمن مبالغ غير رسمية تدفع للأطباء (والممرضات)، ومبالغ تدفع من أجل الدواء والمستلزمات التى لا تقدمها العيادات. دراسات الحسابات الصحية القومية تظهر أنه حتى فى البلدان ذات الخدمات الصحية العامة المموّلة بكثافة من الضرائب، الأطباء الممارسون من القطاع الخاص المستقل يقدمون حصة عالية من رعاية المرضى فى العيادات الخارجية. ويدفع لهم مباشرة بواسطة المرضى.

فى البلدان ذات الدخول العالية، طاقات استخدام مبالغ الدفع من الجيب الشخصى هى حتى أعظم لأن دخول الأسر أعلى. فى مثل هذه البلدان، بعض الخدمات المنتقاة قد لا تشملها تغطية التأمين الصحى (مثل الدواء أو العناية بالأسنان). فى حالات أخرى، ربما يجد المرضى أنه لابد من دفع شيء ما. رسميًا، حتى بالنسبة لبعض الخدمات العمومية أو حتى خدمات التأمين الصحى (رسم تذكرة الخدمة أو مشاركة فى الدفع). ربما تكون هناك أيضًا ثغرات فيما يغطيه التأمين فى شكل خصومات (فى مكتب الاستقبال) أو حدود (عند انتهاء الإقامة بالمستشفى).

قابلية التطبيق

يتطلب جمع الأموال إنفاق نقود فى إنشاء سجلات، وتأسيس نظم محاسبية ومراجعة، وتنظيم هيئات إدارية. لو أن هناك شركات تأمين قطاع خاص متنافسة، سوف تنفق نقود أيضًا على التسويق والمبيعات والأرباح. وهكذا السؤال الهام هو كم من الإنفاق الكلى يذهب إلى النفقات الإدارية والأرباح تحت الترتيبات المالية المتنوعة.

على وجه الخصوص التأمين الصحى القطاع الخاص لديه تكاليف إدارية مرتفعة جدًا. على الأغلب شركات التأمين الصحى الخاصة فى الولايات المتحدة تنفق من ٢٥% إلى ٣٥% من الإيراد العام على نفقات ليست نفقات رعاية المرضى (المبيعات، والمصاريف الإدارية، والأرباح). إضافة إلى ذلك، لدى الأطباء المستشفيات أيضًا نفقات إدارية أعلى بشكل ملموس فى الولايات المتحدة، أكثر مما لدى الأطباء والمستشفيات فى البلدان الأخرى. تقرر الدراسات أن المستشفيات الأمريكية المتقدمة تحتفظ باثنين من الموظفين الإداريين لكل سرير مشغول، حوالى عشر أضعاف ما تفعله المستشفيات الألمانية المقارنة (كوئيك وآخرون ١٩٩٨).

اللوائح التنظيمية الصحيحة (مثل تعين استمارة دعوى موحدة تستخدمها كل شركات التأمين الصحى) قد تساعد على نحو ما فى تخفيض هذه التكلفة. ورغم ذلك، يظل العبء ثقيلاً. أسواق التأمين الصحى الخاص هى أنظمة معقدة جدًا. الأمم التى سارت على درب التأمين الصحى الخاص يجب لذلك أن تستعد ليس فقط لتسديد التكلفة المرتفعة لهذه المعاملات، ولكن أيضًا لتطوير قدرة ملموسة على مراقبة هذه الأسواق وتحليلها ووضع قواعد تنظيمية لها. دون ذلك من غير المرجح أن تحقق هذه الأمم المستهدفات الاجتماعية المتنوعة.

ثانى أوجه قابلية التنفيذ هى القدرة الإدارية للبلد. هل تمتلك البلد النظم الإدارية والموارد البشرية التى تحتاج إليها من أجل تشغيل المخطط التمويلى بفاعلية؟ هذه الهموم تؤدى بالبلدان ذات النظم الإدارية الضعيفة إلى الاعتماد على الضرائب التى هى أسهل فى جمعها (مثل الجمارك على الواردات، وضرائب المبيعات)، حتى ولو لم تكن تلك هى مصادر الإيراد المرغوبة على خلفيات أخرى. مثلاً، غالبًا ما تكون ضريبة المبيعات أسهل فى جمعها من ضرائب الدخل، لأن عدد مجالات الأعمال التى تؤخذ منها الضريبة أقل من عدد الأسر التى تدفع ضريبة على الدخل، وتميل الأعمال إلى الاحتفاظ بسجلات لتسجيل معاملاتها المالية أكثر من الأسر. أكثر من ذلك، دخول المصادر "السوداء" أو "الرمادية" يمكن فرض ضرائب عليها عند إنفاقها (من خلال ضرائب الاستهلاك)، ولكن من غير المرجح أن تكون هذه الدخول مقيدة عند جامعى ضرائب الدخول. ومع ذلك، قد يكون من الصعب إدارة جمع كل من ضرائب المرتبات والمبيعات عندما يكون بالقطاع الغير رسمى من الاقتصاد عدد كبير من البائعين الصغار، كما هى الحالة فى العديد من البلدان الفقيرة.

تعتمد القابلية للتنفيذ أيضًا على القبول الاجتماعى للمخطط التمويلى. هل سوف يقوم المواطنون بالغش أم لا؟ المدى الذى يبلغه أى نظام يعتمد بشكل كبير على اتجاهات سلوك العامة نحو الحكومة عمومًا، وعلى دفع الضرائب بالأخص. تتنوع مستويات التوافق التطوعى بشكل هائل ما بين الأمم وداخل كل أمة، فاستخدام مخططات يرى السكان مشروعيتها سوف يكون على الأكثر ترجيحًا أمرًا ناجحًا. (عديد من مثل قضايا الإجبار فى التنفيذ هذه سوف تثار مرة أخرى فى مناقشاتنا عن الأحكام التنظيمية فى الفصل ١١).

فى مثال مخصوص عن هذه القضية، العقد الاجتماعى الموجود بشكل غير واضح فى خطط الضمان الاجتماعى قد يكون له أثر كبير على قدرة هذه الخطط على أن تحوز القبول ومن هنا قدرتها على جمع إيرادات. يشعر المواطنون غالبًا أنهم سوف يحصلون أكثر تقريبًا على خدمات أكثر فى مقابل اشتراكاتهم فى النظام عندما تتجزأ الأموال، وعندما لا يكون غير المشتركين جزءًا من جمهور المستفيدين. وهذا هو جزئيًّا السبب فى أن كولومبيا أنشأت صندوقين ماليين منفصلين لتمويل تأمين اجتماعى للقطاعين الرسمى والغير رسمى. هل مثل هذه الترتيبات فى مصلحة الأمة أم لا فالإجابة ستكون حكمًا سياسيًّا معقدًا يتطلب تحليل كل حالة على حدا، وهذا تتجاوز مجال مناقشتنا الحالية.

القابلية السياسية للمحاسبة

فى النظم الديموقراطية، اتخاذ القرار حول كيفية إنفاق الأموال وقدر ما ينفق منها، هو تعبير أساسى عن سلطة الحكومة. من منظور النظرية السياسية الديموقراطية، يجب صنع هذه الاختيارات بطريقة تسمح للمواطنين بقدر سليم من التحكم فى العملية. العديد من سمات النظام التمويلى تؤثر على هذه القابلية للمحاسبة. هل الشخص الذى يمتلك سلطة على عملية التمويل يخضع للانتقاء عبر عملية

ديموقراطية؟ لو أن الإدارى هو موظف فنى يأتى بطريقة التعيين. هل توجد سلسلة من خطوات القابلية للمحاسبة تصل الإدارى بشخص تخضع سلطته لقرارات انتخابية؟

رغم ذلك، يقع النموذج المثالى لقابلية المحاسبة السياسية محل جدل كبير فى العديد من البلدان. وأينما كان انعدام الثقة فى العملية السياسية كبير، يفضل البعض قيام هيئات معزولة عن العملية السياسية بصنع قرارات تمويل الصحة. وهذا الميل صحيح على نحو خاص فى البلدان التى تخضع ميزانياتها العامة لضغوط ضخمة. تأمل جماعات المصالح فى هذه البلدان فى أن عزل تمويل الصحة عن عمليات الميزانية العامة سوف يزيد من تدفق الموارد إلى القطاع الصحى؛ وبذلك ينتج دخلاً أكبر لمقدمى الخدمة. وهذا يساعد على شرح لماذا تدعم الجمعيات الطبية خطط الضمان الاجتماعى الجديدة فى نوعية واسعة من الأمم (مثلاً فى كل من بولندا وكولومبيا).

معايير للحكم على أساليب التمويل

إضافة إلى الاعتبارات الأربع التى راجعناها توًا، يجب أن نضع فى اعتبارانا العديد من المعايير الأساسية الأخرى لتقييم أسلوب تمويلى ما والترتيبات التنظيمية المرتبطة به. على الأخص، تلك المعايير هى الإنصاف، والمشاركة فى تحمل المخاطر، والتأثيرات الاقتصادية.

الإنصاف: حيث إن التمويل يؤثر مباشرة على توزيع تكلفة الرعاية الصحية، أحد الأسئلة الجلية هو، من يتحمل العبء المالي؟ حيث إن الطريقة التى تستخدم بها الأموال تؤثر مباشرة على توزيع الرعاية الصحية، السؤال الجلى الثانى هو، من يستفيد من المنافع؟ تقدير توزيع العبء، وكذلك توزيع المنافع، له اثنان من الأبعاد المختلفة. يشير الإنصاف الرأسى إلى توزيع العبء بين الغنى والفقير. الإنصاف الأفقى يتعلق بخلق العدالة بين أولئك الأفراد بنفس مستوى الدخل، شاملاً الناس الذين يعيشون فى مناطق مختلفة.

الاشتراك فى تحمل المخاطر: تكاليف المرض والرعاية الصحية المرتبطة به، لا تقع على الناس بالتساوى. يصيب السرطان بعض الناس ولا يصيب الآخرين، ويضرب الإسهال بعض الأطفال ولا يصيب الآخرين منهم. من الناحية الأخرى، بعض فئات السكان تواجه مخاطر صحية بنسب أعلى. كبار السن يتعرضون للأمراض وأشكال من الإعاقة أكثر من الشباب، ويحتاج مريض السكر إلى رعاية طبية متكررة أكثر من الشخص المتوسط. عدم التأكد من الإصابة بالمرض يدعو لاستراتيجية تمويلية، حيث يمكن فيها المشاركة فى تحمل المخاطر. ولكن المهمة ليست سهلة عندما يتم التمييز بين فئات تتعرض لمخاطر عالية وفئات معرضة لمخاطر منخفضة. الفئات ذات المخاطر المنخفضة، مثل الشباب والأصحاء، لا يريدون الاشتراك فى تحمل المخاطر مع الفئات ذات المخاطر العالية، لأن هذه المشاركة تدفع التكلفة للارتفاع بالنسبة لفئة المخاطر المنخفضة. مثلاً، وجدت الصين أن شركات المشاريع المشتركة التى تميل إلى استخدام عاملين شباب تقاوم بشدة اشتراكها فى أى تأمين اجتماعى مع العاملين فى الصناعات القائمة، التى تميل إلى تشغيل عاملين كبار فى السن.

القدرة على التشارك فى المخاطر الصحية تتنوع بشكل واسع بين الأساليب التمويلية الخمس. الإيرادات العامة تدفع للمشاركة فى تحمل المخاطر، إذا ما تم استخدامها فى إتاحة الخدمات الصحية للجميع، أو فى تقديم الدعم المالى لرسوم الاشتراك للفئات ذات المخاطر العالية. الضمان الاجتماعى الإلزامى يستطيع تقديم مشاركة ملموسة فى تحمل المخاطر، بشرط شمول التغطية بشكل أو بآخر. التأمين الخاص للفئات يتشارك فى تحمل المخاطر الصحية فقط داخل الفئة المختارة، مثل التأمين على العاملين فى شركة معينة أو أعضاء فئة مهنية معينة. الدفع من الجيب الشخصى مقابل الخدمة بالطبع لا يوفر أية مشاركة.

الآثار الاقتصادية: عندما تجبر الحكومة شركة ما أو فرد ما على دفع ضريبة على نشاط معين مثل الأجر، المشروع أو الفرد قد يبدل قراره حول قدر ما يعمله أو قدر ما يتكسبه. الاختيارات المتنوعة لها آثار تفضيلية على منع أو تشجيع استثمارات، فرص توظيف، سوق العمل، وبذلك تمويل كل من مزيج ومستوى النشاط الاقتصادى على المدى القصير والطويل.

اختيارات التمويل

تصنيفنًا لاختيارات التمويل هو، خليط من الأوجه المالية والتنظيمية لعملية جمع الأموال. فهو يعكس كلاً من المصادر الاقتصادية المستخدمة بواسطة الطرق البديلة والترتيب التنظيمى، التى يتم تنفيذ التمويل من خلالها. يمكن التفكير فى اختياراتنا بأحسن ما يمكن كمجموعة من "الأساليب المثالية" – كل بديل من البدائل هو تجسيد عال لحالة نقية صرف.

ومع ذلك، فى الممارسة معظم النظم التمويلية "ليست" نقية. بدلاً من ذلك، معظم الأمم قد اختارت مقاربة المزيج-الشبيه، تمزج الأساليب بطرق مركبة تعكس مساومات على الأهداف التى ترحب الأمة بصنعها، قائمة على أساس تاريخها الاقتصادى والسياسى الخاص. مثلاً، نظم الإيراد العام فى البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل غالبًا ما تطلب من المرضى دفع رسوم على الخدمة ولا تقوم بتغطية أنواع معينة من الإنفاق الطبى، مثل الدواء. وبالمثل، معظم خطط التأمين الصحى الخاص تطلب من المرضى القيام بالدفع المباشر الملموس لمقدم الخدمة.

فئات التصنيف التى نطرحها مقصدنا منها هو تقديم إطار لتشخيص وتحليل نظم التمويل الفعلية. نناقش خمس أساليب كبرى للتمويل كل فى دورها.

فى التمويل بالإيراد العام، من المعتاد أن أنواعًا عديدة من الضرائب تستخدم لدعم كامل الأنشطة الحكومية. لذلك، يجب أن يتنافس النظام الصحى على الأموال مع البرامج الأخرى التى تمولها الحكومة ويحصل على موارده عبر عملية وضع الميزانية الحكومية بانتظام.

تتراوح إيرادات الحكومة من الضريبة على الدخل والأرباح، إلى ضريبة المبيعات والقيمة المضافة، إلى الضرائب على أرباح الثروة المعدنية. كل الأماكن تضع عبئًا على فئات المواطنين المختلفة. مزيج الضرائب المستخدمة التى يفرضها بلد معين تعتمد على وضعها. تميل البلدان فقيرة الدخل إلى الاعتماد أكثر على مصادر الدخل التى يسهل جمعها، مثل رسم الواردات والصادرات،أو رسوم المرور عبر القناة – لو أنك فى مصر أو بنما. المصادر الأخرى (ضرائب الدخل والقيمة المضافة) تتطلب نظم بيانات أكثر كثافة ومستوى أعلى من التوافق الطوعى.

الضرائب ذات القاعدة العريضة تولد تلقائيًا مزيد من الموارد للصحة حين ينمو الاقتصاد مع الوقت. من الناحية الأخرى، تحصيل الضريبة يعلو ويهبط على المدى القصير خلال دورة الأعمال التجارية. بعض الضرائب، مثل الضرائب التصاعدية على الدخل، والضرائب على الأرباح، أكثر حساسية من الضرائب الأخرى على كل من دورة الأعمال فى المدى القصير، والنمو على المدى الطويل. ينقل النمو الناس إلى شرائح ضريبية للدخل الأعلى، ليزيد كلاً من متوسط التحصيل، وهوامش التحصيل، بينما تكون الأرباح أيضًا حساسة تمامًا نحو دورة الأعمال. وعلى النقيض، تتغير ضرائب المرتبات والمبيعات أقل قليلاً فى نسبها من الناتج الإجمالى المحلى. عندما يحدث تأرجح كبير فى الدخل القومى (كما فى الأزمة الاقتصادية الآسيوية عام ١٩٩٧ أو الاضطرابات الأخيرة فى الأرجنتين)

تستطيع الحكومات أن تجد نفسها مضغوطة للاحتفاظ بمستوى الإنفاق الصحى بغض النظر عن أى مزيج من الضرائب هى تستخدمه، خصوصًا حيث إن الطلب من أجل الأنواع الأخرى من الإنفاق على الحكومة يرتفع أيضًا فى حالات الكساد.

يمنح التمويل من الضريبة العامة درجة عالية من القابلية السياسية للمحاسبة فى النظم السياسية الديموقراطية، حيث إن القرارات الأساسية تمر مباشرة عبر العملية التشريعية. وهكذا، مستوى الإنفاق من الممكن التحكم فيه، ويصبح صناع القرار مسئولين عن تصرفاتهم. من الناحية الأخرى، تأييد الضرائب المبهمة من خلال آليات مثل الإعفاءات الضريبية (مثل، السماح للإنفاق على الرعاية الصحية بتخفيض الضريبة على دخل الفرد) فهو أمر لا يحمل شفافية، وغير قابل للسيطرة. من الصعب معرفة قدر الإيراد المهدر من خلال مثل هذه الخطط، ومن الصعب السيطرة على من يستفيد من مثل هذه الإعفاءات.

قضية أخرى متعلقة ببنية الضريبة، تثور بسبب تمويل الإيراد العام، هى السؤال عن توزيع العبء التمويلى بين المستويات الحكومية. وكما نناقش بالتفصيل أدناه (فى الفصل العاشر عن التنظيم) تدفع الأمم عرض مسئولية تشغيل نظم الرعاية الصحية إلى السلطات المحلية والإقليمية. وهذا أحيانًا يتم بواسطة حكومات قومية متعرضة لضغوط مالية شديدة لتجبر السلطات المحلية أو الإقليمية على تحصيل ضرائبها الخاصة لدعم نظام تقديم الخدمة.

على سبيل المثال، منذ سنوات مضت حاولت بولندا أن تجعل المدن الأكبر تضطلع بمسئولية تشغيل المستشفيات المحلية تحت ما يسمى قانون المدن الكبيرة (روبرتس وبوصيرت ١٩٩٨). أعادت أغلبية المدن هذه المؤسسات مرة ثانية إلى الحكومة القومية عندما أدركت حجم الالتزامات التى تتحملها. فى بلدان أخرى (مثل الصين والهند) معظم جسم ميزانية الصحة يأتى من الدولة أو إيرادات

المقاطعات. وكما سوف نناقشه فى الفصل التالى، مثل هذا الترتيب من الممكن أن يثير قضايا الإنصاف بشكل ملموس؛ عندما (كما هى الحالة نمطيا) تكون هناك تباينات واسعة بين القدرات المالية للمقاطعات.

الإنصاف الأفقى والرأسى للضرائب البديلة

وكما ناقشنا فى الفصل السادس، قد لا يقع عبء الضريبة فقط على هؤلاء الذين يدفعون الضريبة. بدلاً من ذلك، ربما تخفض الحكومة من الخدمات الأخرى عندما تدفع بمزيد من الأموال للصحة. فى هذه الحالة، المستفيدون من الخدمات الأخرى التى أصبحت الآن لا تقدم إليهم، هم الأشخاص الذين يدفعون ثمن النفقات الأعلى للقطاع الصحى. ونفس الشىء صحيح عندما تدعم الحكومة ماليا بعض الأنشطة من خلال الإعفاءات الضريبية. قد يكون هؤلاء دافعو الضريبة أولئك الذين يدفعون الضرائب الأخرى، التى تهدف إلى سد عجز الإيرادات المفقودة، أو ربما يكونون هم المستفيد المحتمل من الأنشطة الأخرى التى تم حجبها، لأن النقود ضاعت بسبب الإعفاءات الضريبية.

إضافة إلى ذلك، هؤلاء الذين يدفعون مباشرة ضريبة ما ربما لا يكونون أولئك الذين يتحملون العبء فى النهاية. مثلاً، أصحاب العمل عموما يحولون بعض من تكلفة المرتبات التى يدفعونها إلى العمال مرة أخرى عن طريق دفع رواتب أقل. وبالمثل، الضرائب على الممتلكات العقارية قد تعبر راجعة إلى المستأجرين فى صورة إيجارات أكثر ارتفاعًا. وسواء حدث هذا التحويل أم لا، وإلى أى مدى، فذلك يعتمد على تنويعة من سمات الأسواق ذات العلاقة. هناك أدبيات اقتصادية متسعة جدًا عن مثل هذه القضايا (موسجريف وموسجريف ١٩٨٩: اتكينسون وستيجليتز ١٩٨٠).

الإنصاف الرأسي: لقد قدمنا توًا التمييز بين الضرائب التصاعدية والنسبية والانكماشية (انظر الفصل الخامس). فى معظم البلدان، فقط ضرائب الدخل الشاملة، مشتملة على الضرائب على الرأسمال، يمكن أن تكون تصاعدية عن حق، حيث إن مثل هذه الضرائب فقط تستطيع أخذ حصص أعلى من دخل أولئك الناس بمستويات الدخل الأعلى. وعلى النقيض، الضرائب على المرتبات ضرائب انكماشية بشكل معتدل، لأن حصة الدخل الكلى الذى يأتى من المرتبات يهبط عند مستويات الدخل الأعلى. مثل هذه الخطط تصبح أكثر ارتدادًا حتى إذا ما كان هناك حدا أقصى على قدر الضريبة من مرتب أى شخص (كما هى الحالة فى بعض الأحيان). الضرائب على الاستهلاك – ضرائب المبيعات وضرائب القيمة المضافة – هى أيضًا ارتدادية بشكل معتدل، لأن النسبة المئوية للدخل التى يتم إنفاقها ويتم دفع ضريبة عنها، فى مقابل ما يتم توفيره، هى أقل عند مستويات الدخل الأعلى. وهذا هو السبب فى أن بعض الضرائب على الاستهلاك تعفى، أو تفرض شرائح ضريبية أقل على البضائع التى ينفق عليها الفقراء نسبة أعلى من دخولهم، مثل الطعام. ولأسباب مماثلة، غالبًا ما نجد معدل ضريبة أعلى على سلع الرفاهية، حيث ينفق الغنى نسبة أكبر من دخله عليها.

لنفهم الإنصاف الرأسى لنظام ضريبى – كيف يعيد ميزان الضريبة التوزيع – علينا النظر ليس فقط فى الأعباء ولكن أيضًا على توزيع المنافع طبقًا لفئات الدخل. فى التحليل النهائى، الإنصاف الرأسى للمنافع الصافية – المنافع مطروح منها الأعباء – سوف يمتلك اهتمامًا خاصًا من منظور الإنصاف. حتى الضرائب الانكماشية، حيث يدفع الغنى أكثر بشكل مطلق، إن لم يكن نسبيًا (مثل الضرائب على المرتبات)، من الممكن أن تدعم نظامًا قائمًا على إعادة التوزيع. لو أن الخدمات متاحة بشكل واسع، فمن ثم على الأرجح سوف يدفع تكلفة الخدمات التى ينتفع بها أقل، بينما يدفع الغنى أكثر.

الإنصاف الأفقي: الإنصاف الأفقى للتمويل القائم على أساس الضريبة يتنوع بنوع الضريبة المفروضة. الضرائب القومية واسعة القاعدة لا تثير قضايا الإنصاف الأفقى، لكن الضرائب المفروضة فى حدود أضيق (مثل ضريبة التبغ أو الكحوليات) قد تؤدى إلى ذلك. هل من العدل أن نطلب من المدخنين ومتعاطى الكحوليات أن يدفعوا المزيد، خصوصًا إذا كان، كما يبدو أنها الحالة، الاستهلاك المعتدل للكحوليات يحسن الصحة؟

فى السنوات الأخيرة، عديد من البلدان حولت المسئولية المالية والمراقبة والتحكم فى الرعاية الصحية إلى مستوى المناطق. مثل هذه الخطط تستطيع إثارة قضايا خطيرة حول الإنصاف الأفقى، حيث إن المناطق الأكثر ازدهارًا تستطيع تمويل نفس الخدمات التى تمولها المناطق الفقيرة بمعدل ضرائب أقل، أو تمويل خدمات أفضل بنفس معدل الضريبة.

لهذا السبب، الأمم التى مضت فى درب اللامركزية المالية قد وجدت غالبًا أن من الضرورى تأسيس صناديق للمساواة بين المناطق. البلدان ذات الأنظمة العريقة من هذا النمط، مثل البلدان الاسكندنافية وكولومبيا، تعتمد الآن بشدة على الضرائب القومية لإلحاق المصادر المحلية بإضافات.

بناء خطة للمساواة، مع ذلك، قد تكون على قدر من الصعوبة التامة، حيث إنها تتعلق بما هو أكثر من التفكير فى الاحتياجات (السكان، والمرض، والدخل). وعلى الخطة أن تخلق حوافز لمنع المناطق الفقيرة من تخفيض جهدها الضريبى الخاص والانطلاق الحر فى الجهود التعاونية مع جيرانهم. لا مركزية القرار الضريبى يدير أيضا مخاطر خلق تنافس يؤدى إلى الهاوية، حين تتنافس المناطق على جذب مشاريع الأعمال بتخفيض الضرائب. المناطق الأغنى (والأكثر قوة سياسيا) غالبا ما تعارض خلق نظام من إعادة التوزيع بين المناطق، بالدقة لأن ذلك يهدد بإنهاء ميزات تقدمهم الخاصة.

هناك أيضًا قضايا إدارية فى استخدام مناطق أصغر بوصفها قاعدة لضريبة من أجل تمويل الصحة. سؤال من أين يتكسبون دخولهم، أو أين ينفقونه (ولذلك من يجعل الضريبة تسرى) يصبح أكثر تعقيدا كلما تقدمنا فى الأمر. وهذا أحد أسباب أن الحكومات المحلية غالبًا ما تفرض ضريبة على الأصول الغير منقولة، مثل الأرض: على الأقل كل شخص يعرف لمن تخضع قانونيًا فى مكانها.

وعاء مشترك للحماية من المخاطر

أثر إيراد الضريبة العامة على المشاركة فى تحمل المخاطر، يعتمد على الطريقة التى تخصص بها الحكومة إيراد الضريبة بين مختلف البرامج الصحية. فى البلدان المنخفضة الدخل، تذهب معظم ميزانية الصحة الحكومية إلى تمويل المستشفيات، والعيادات العمومية حيث يستطيع المرضى تلقى رعاية صحية مجانا أو مدعومة ماليًا. هذه المقاربة "فى واقع الأمر" تقوم بتوزيع تكلفة المرضى الذين يستخدمون المستشفيات العامة. ومع ذلك، المستشفيات العمومية الأفضل توجد فى المدن الكبرى، وخدماتها غالبًا ما يستخدمها بشكل أكثر كثافة سكان المدينة الغير فقراء. فى ظل هذه الظروف، لا تتوزع المشاركة فى تحمل المخاطر بالنسبة لهؤلاء الذين لا يستطيعون الوصول إلى الخدمة بيسر، مثل فقراء الريف.

الآثار الاقتصادية

الآثار الاقتصادية لاستخدام إيراد الضريبة العامة لتمويل الرعاية الصحية سوف تعتمد على أى ضرائب نوعية مستخدمة ومستوياتها. نظريًا، معدل الضرائب على الدخول المرتفعة سوف يخفض ميل الأفراد ذوى الدخل العالى لترحيبيم بالعمل. ومع ذلك، فى الواقع، تميل الدراسات لاكتشاف أنه بالنسبة للأفراد ذوى الدخل العالى، العرض فى سوق العمل، غير حساس لمعدلات

ضرائب الدخل الحدية (فلدشتاين ١٩٩٥). من الممكن أيضا أن تخفض تكلفة العمل المرتفعة قدرة البلد على المنافسة الدولية، ولأن التكلفة العالية تبطئ من النمو الاقتصادى والاستثمار، ومع زيادة عولمة الأسواق يزداد وزن هذا الاعتبار.

نلاحظ هنا قضية مبهمة بشكل ما فى موضع الضرائب - قضية تثير اهتمام عظيم لدى الاقتصاديين - مفهوم "العبء الزائد عن الحد". عندما نفرض الضرائب على السلع، يدفع المشترون سعرًا أعلى مما كان من قبل، ويحصل البائعون على مبلغ أقل. تدق الضرائب إسفينا بين ما يتم دفعه، وما يتم الحصول عليه. نتيجة لذلك، تقل كمية ما يباع وما يشترى عما سبق، فى سوق تتحقق فيه شروط المنافسة التامة دون وجود أية ضرائب. من منظور اقتصادى، تؤدى هذه الخسارة فى المخرجات إلى مشكلة، لأن المستهلكين كانوا على استعداد لدفع ثمن أعلى من تكلفة إنتاج بضاعة لم تعد تنتج. إلا أنه، بفضل الضرائب، لم يعد المستهلكون يستطيعون التمتع بهذا المكسب. وكلما كان التعديل فى المخرجات نتيجة للضرائب أوسع، كلما كانت الخسائر أعظم، بناءً على القياس بطريقة الفرق بين استعداد المستهلكين للدفع وتكلفة الإنتاج الحدى للمخرج المفقود. يسمى هذا الفرق العبء الزائد لضريبة ما (موسجريف وموسجريف ١٨٩٨).

كرد فعل على ذلك، يدافع بعض الاقتصاديين عن الضرائب التى تؤدى إلى أصغر التغييرات فى حجم المخرجات. وينكشف ذلك عن فرض ضرائب أعلى على السلع التى يهتم بها المستهلكون كثيرًا إلى الدرجة التى تجعلهم يستمرون فى شرائها بنفس الكمية، حتى ولو ارتفعت أسعارها. يسمى الاقتصاديون مثل هذا الطلب بالطلب "الغير مرن". وللمفارقة، مثل هذه السلع غالبًا هى أيضًا السلع التى يشريها الناس لأنها مهمة جدًا بالنسبة لهم - مثل الرعاية الطبية والغذاء الرئيسى. فرض ضرائب على السلع ذات الطلب غير المرن على الأرجح، ينتهك بهذا الشكل اهتمامنا بالإنصاف الرأسى - وهو ما لا يمنع بعض الاقتصاديين من الدفاع عن مثل هذه المقاربة (مايلز ١٩٩٥).

تلخيص موجز

إيراد الضريبة العامة مصدر كبير من مصادر تمويل النظام الصحى فى كل من البلدان الغنية والفقيرة. تظهر الخبرة الدولية أنه كلما أصبحت البلد أكثر ازدهارًا، تصبح قاعدتها الضريبية أوسع، وكلما ازدادت قدرة الحكومة على تحصيل الضريبة، يخرج غالبًا نصيب أكبر لأوجه الإنفاق الصحى من الإيرادات العامة. التمويل من الإيرادات العامة أيضًا يمكن السيطرة عليه وقابل للمحاسبة سياسيا. من الممكن لهذا المصدر التمويلى - لكن ليس إلزاميًّا، أن يتم تفصيله ليتوافق مع كل من قضايا الإنصاف الرأسى والإنصاف الأفقى. أخيرًا، التمويل من إيراد الضريبة العامة يمتلك إمكانيات نمو طيبة على المدى الطويل جنبًا إلى جنب القدرة على التشارك فى تحمل المخاطر الصحية عبر السكان على اتساعهم.

من الناحية الأخرى، قابلية الإيرادات العامة للمراقبة والسيطرة عليها، من الممكن أن تجعل منها مصدرًا تمويليًّا غير جذاب عند ضعف النظام السياسى وخضوعه للفساد والمحسوبية. عندما يكون الأداء الحكومى سيئًا، من الممكن أن تنشأ مشاكل فى قبول السكان للخطط الحكومية، ومن هنا قدرة هذه الحكومة على تحصيل إيراد الضرائب، خصوصًا فى الأمم ذات القدرات الإدارية المحدودة، والقدرة على التنفيذ الجبرى للأحكام، أو حالات خاصة من الاستهجان والتهرب الضريبى للمواطنين.

أنواع معينة من الخدمات (الصحة العامة والخدمات الوقائية ورعاية الفقراء) هى غالبًا مدعومة بالضرائب، حتى ولو كانت أساليب تمويلية أخرى هى السائدة فى النظام التمويلى للرعاية الصحية (شايبر ومائيدا ١٩٩٧). وهذا لأن الضرائب من الممكن أن تقوم بوظيفة إعادة التوزيع، ويمكن تحصيلها من قاعدة عريضة. فى البلدان ذات الأداء الاقتصادى الجيد وإدارة قوية، التمويل الضرائبى يستطيع توليد

أموال ذات وزن كبير للقطاع الصحى. ولكن هذه الشروط من غير الممكن وجودها فى كل البلدان. وهذا يساعد على تفسير الاهتمام الواسع الانتشار بالاختيار الثانى للتمويل الذى نطرحه: الضمان الاجتماعى.

الضمان الاجتماعي

ثلاث سمات تميز الضمان الاجتماعى عن الـتأمين الخاص. السمة الأولى، الضمان الاجتماعى إجبارى - كل شخص من الفئة المستحقة يجب أن يسجل نفسه ويدفع رسم الاشتراك المعين (مساهمة). هذه المساهمة تتحدد فى الغالب الأعم كنسبة معينة من أجره. فور ما يدفع الشخص الحد الأدنى من مرات المساهمة، يتمتع الشخص بكل المنافع المعينة.

السمة الثانية، معظم رسم الاشتراك فى الضمان تمثل عقدًا اجتماعيًا. معدلات المساهمة والخدمات المقدمة يحددها القانون، ولا يمكن تعديلها بسهولة بواسطة مجرد إجراءات إدارية. بدلاً من ذلك، قيمة الاشتراك والفوائد التأمينية تعين فى القانون، أو فى لائحة تنظيمية من الصعب تغييرها. يقوم الضمان الاجتماعى هكذا على أساس تعاقد لا لبس فيه بين هؤلاء الذين يتمتعون بالتغطية والنظام. يوافق المواطنون على دفع قدر معين مع توقع إن الأموال سوف تستخدم بنزاهة وبشكل فعال لتمويل الرعاية لهؤلاء المنتمين للنظام.

السمة الثالثة، بينما يرفض معظم وزراء المالية تخصيص ضرائب معينة للصرف فى جهات بعينها، تعتمد برامج التأمين الصحى نمطيًا على مثل هذه الإيرادات. نتيجة لذلك تمتلك هذه البرامج مميزات خاصة. فوائد الضمان التى يطالب بها الناخبون تأتى ببطاقة سعر مكتوب عليها - يجب وضع نقودهم حيث يفتحون أفواههم.

مخططات التأمين الصحى لا تغطى بالضرورة كل شخص، والعديد من البلدان تمتلك أنظمة متعددة. معظم الخطط التأمينية تغطى العاملين فى القطاع الرسمى. عندما تقرر البلد تقديم تغطية شاملة، يجب أن تستخدم الحكومة نمطيًا إيراد الضريبة العامة فى الدعم المالى للمتقاعدين والمتعطلين عن العمل والفقراء والعاملين فى القطاع الغير رسمى وحتى بعض صغار أصحاب الأعمال والفلاحين.

يتم تنظيم الضمان الاجتماعى عمومًا بأحد طريقتين. طبقًا للنموذج البسماركى، توضع الخطط وتدار بواسطة منظمات عدة غير هادفة للربح، موزعة بالتوازى مع الخطوط الصناعية والجغرافية والمهنية. غالبًا ما يسمى ذلك "صناديق المرض"، وتمتلك هذه الصناديق قدرة محدودة فقط على التنافس على المنتفعين (سالتمان وفيجويراس ١٩٩٧). معظم خطط الضمان الاجتماعى فى أوروبا وأمريكا اللاتينية من هذا النوع. هذا الترتيب التنظيمى المتعدد يسمح ببعض تنويعات فى حزم المنافع. وبعضها – على الرغم من أنها عادة محدودة تمامًا – يعطى للمستهلك الحرية فى الاختيار. ولكن الضمان الاجتماعى مسئول عن إدارة مخاطر الانتقاء السلبى والتكاليف الإدارية العالية. لعلاج مثل نواحى القصور هذه، عديد من الأمم، مثل تايوان، لديها برنامج يدار إداريًا بواسطة هيئة على علاقة بالدولة ولكن خارج السيطرة التفصيلية اليومية للعملية السياسية (رويمر ١٩٩٣، رافيل ١٩٨٤).

الأدبيات الاقتصادية تصف غالبًا تمويل الضمان الاجتماعى بأنه، لا يمكن تمييزه عن تمويل الضرائب الحكومية، ولكن خبراء الضمان الاجتماعى لا يتفقون مع ذلك بشراسة (بال ٢٠٠٠، مايرز ١٩٨٤). يرى الاقتصاديون الضمان الاجتماعى بوصفه برنامج تموله الضرائب أساسًا لأن مساهمات الاشتراك فيه إجبارية. ولكن هذه النظرة تتجاهل الاختلافات الكبرى الاجتماعية والمؤسسية العديدة، التى تميز الضمان الممول بعوائد الضريبة العامة (مثل السويد) عن الضمان الاجتماعى (مثل ألمانيا، واليابان، وتايوان). أولاً، المساهمات (رسم الاشتراك) المدفوعة لبرامج الضمان الاجتماعى مخصصة لتلك البرامج، ومفصولة

عن أموال. الضرائب العامة. أموال الضمان الاجتماعى مطلوبة عموما لضمان سيولته النقدية. وهذا يميل إلى إحداث شفافية وقابلية للحساب أكبر فى شئونها المالية. فى نفس الوقت، الضمان الاجتماعى ليس حقًا لكل المواطنين ولكنه يغطى فقط هؤلاء المقبولين به، وتوفرت فيه الشروط بدفع الحد الأدنى من المساهمات، والمنافع التى يتمتعون بها هى غالبًا مرتبطة بمساهماتهم. نتيجة لذلك، يشعر الناس أنهم قد دفعوا رسوم الاشتراك المبدأية مقابل الحق فى الحصول على منافع معينة. بكلمات أخرى، هذه المنافع ليست ضمن حزم الرفاهة الاجتماعية الحكومية.

الإنصاف فى الأعباء المالية والمنافع

آثار إنصاف مخططات الضمان الاجتماعى تعتمد على تفاصيلها، التى تتنوع كثيرًا. الإنصاف الرأسى للضرائب على المرتبات تعتمد على الطريقة التى يفلت بها دخل الأغنياء من النظام الضريبى لأن هذا الدخل من الرأسمال، ويعتمد على ما إذا كان هناك أى حدود للمساهمات. وسوف يعتمد الإنصاف الأفقى على ما إذا كانت بعض الفئات (مثل أصحاب الأعمال الصغار والمزارعين الصغار) يتهربون من دفع الأعباء الضريبية العادلة، بسبب محسوبية تشريعية، أو نتيجة للتهرب الصريح. سوف ينكمش الإنصاف الأفقى أيضًا إذا ما تواجد العديد من خطط الضمان الاجتماعى، ووجود البعض (لوجود مزيج أكثر تفضيلاً من الأعضاء) الذى يستطيع منح معدلات ضريبة أقل، أو رعاية أفضل بنفس السعر. ومن المرجح أن تكون هذه هى الحالة لأن الخطط التأمينية للعمال ذوى الدخول الأعلى ليس لديها إيراد أكثر، بل من المرجح أن المرضى بينهم سوف يكونون أقل، مع التسليم بالصلة السببية بين الحالة الاقتصادية والحالة الصحية. وهكذا فى ألمانيا، حتى فكرة فرض إنشاء صندوق تحويلات ما بين فترات المرض فى التسعينات، معدلات الضرائب على الرواتب بالنسبة لخطط التأمين على العمال ذوى الياقات البيضاء كانت أقل كثيرًا من مثيلتها لخطط العمال ذوى الياقات الزرقاء.

كل من النظرية الاقتصادية، والملاحظة النقدية تفترض أنه طوال فترة وسيطة من السنوات القليلة، يدفع العمال النصيب الأعظم من الاشتراكات المبدأية فى التأمين الصحى (أما مباشرة عبر الاشتراكات المبدأية التى يدفعونها، أو بطريق غير مباشر فى شكل أجور أقل) – حتى عندما يساهم أصحاب العمل اسميًا بحصة ذات وزن. بالمعايير الاقتصادية، تكلفة رسم الاشتراك "تنحرف مرتدة للخلف" على العمال. قدرة أصحاب العمل على تحويل التكلفة على العمال، أكثر من "تحويلها للأمام" فى صورة أسعار أعلى، تعتمد على الأحوال فى سوق العمل، متضمنة مدى القوة التى عليها أية نقابة عمالية.

الوعاء المشترك للحماية من المخاطر المالية

يوزع الضمان الاجتماعى مخاطر الصحة فقط على الأعضاء المسجلين لديه. وحيث إن معظم المخططات تغطى فقط العمال فى القطاع الرسمى، فمخاطرهم هم الصحية فقط هى التى تتوزع عليهم. وإذا ما أرادت الحكومة تحجيم مخاطر هؤلاء الذين لا يتمتعون بأية تغطية، فهى فى حاجة إلى البحث عن إجراءات مالية إضافية، مثل استخدام إيراد الضرائب، لتقديم تغطية تأمينية للفقراء، وكبار السن والسكان فى الريف، الخ.

الآثار الاقتصادية

هل لتكاليف الضمان الاجتماعى أثر على النمو الاقتصادى؟ لو أن التكلفة الكلية للعمل لا تتأثر بشكل ملموس بتغيير رسم الاشتراك، فمن ثم يجب أن تكون الإجابة "ليس كثيرًا". ومع ذلك، أسواق العمل الحقيقية، تمتلئ بعناصر عدم المرونة والقصور. فى بلاد نقاباتها قوية، وضرائب المرتبات فيها عالية، التكلفة الحقيقية

للعمل قد يرتفع برسم اشتراك أعلى فى الضمان الاجتماعى. لو أن بعض التكلفة تحولت إلى الأمام كأسعار أعلى، فقد يخفض ذلك قدرة البلاد على المنافسة دوليًا ويشجع الشركات الدولية على توسيع الإنتاج حيث تكلفة العمل أقل. أكثر من ذلك، تكلفة العمل العالية قد تثبط أصحاب الأعمال عن ضم عمال جدد، وحتى لو كان هناك توسعات، مما يسبب زيادة البطالة على المدى من المتوسط إلى الطويل.

قابلية التنفيذ

قابلية التنفيذ هو موضوع جذب كبير لمخططات الضمان الاجتماعى. فى العديد من الاقتصاديات الصناعية، تستعمل المشاريع الكبيرة نصيبا ملموسًا من قوة العمل، وحتى الأعمال الصغيرة لديها سجلات عمالة معقولة. أكثر من ذلك، بنية العقد الاجتماعى للضمان الاجتماعى تستطيع زيادة استعداد المواطنين للدفع، لأن صندوق مالى مخصص بإدارة منفصلة هو أمر يوثق به بشكل أكبر أنه سوف يقدم قيمة ما لأعضاء هذا الصندوق. يفكر المواطنون هكذا، "على الأقل أولئك السياسيون اللصوص لا يستطيعون وضع أيديهم على نقودي".

من الناحية الأخرى، الآمال فى الضمان الاجتماعى لا تكتمل دائمًا. يمكن رؤية نظام الضمان الاجتماعى فقط كوظيفة حكومة أخرى وربما يرتبط بأنظمة الحكم السابقة الغير شرعية. فى بعض البلدان التى سقطت فيها الشيوعية، مثلاً، ينتشر التهرب من ضريبة نظام الضمان الاجتماعى (شنايدر ٢٠٠٢).

فى المجر، حاولت كل من الأعمال الصغيرة، والكبيرة التهرب من الضريبة على الدخل. الأعمال الصغيرة تدعى أنها تدفع فقط الحد الأدنى من الأجر، بينما الأعمال الكبيرة حولت قدر ما تستطيع من مكافآت موظفيها من الصورة النقدية، التى تخضع للضريبة، إلى دعم عينى، لا يخضع للضريبة (مثلاً، سيارات ودور

سكنية) (بركر وآخرون ٢٠٠٢). إضافة إلى ذلك تتلكأ الحكومة فى تمويل نصيبيا من معاشات التقاعد وأشياء أخرى. لذلك نظام الضمان الاجتماعى الناتج يفتقد كلا من القدرة المالية، والقبول الشعبى، الذى كان يأمل فيه أنصار التأمين الصحى.

التأمين الصحى الخاص

يتميز التأمين الخاص بواسطة الشراء الطوعى للتأمين من بائعين متنافسين مستقلين (سواء كانوا يهدفون للربح، أم غير هادفين للربح) الذين يحددون رسم الاشتراك الذى يعكس المخاطر التى يحملها المشترى، أكثر من كونها تعكس قدرة المشترى على الدفع. عملية الشراء من التأمين الخاص قد يقوم بها الأفراد أو المجموعات.

فى السنوات الأخيرة، تزايد الاهتمام على مستوى العالم فى أشكال متنوعة من التأمين الخاص بوصفه آلية لتمويل قطاع الصحة، ويرجع ذلك لخطين من المواقف: الأول هو أن التامين الخاص سوف يحشد ويعبأ موارد إضافية. وحيث إن من لا يدفع لا يتمتع بتغطية، مشكلة التهرب الضريبى يمكن أن تتناقص إلى الحد الأدنى. المدافعون عن التأمين الخاص يوافقون أيضًا عندما يستطيع الناس اختيار خطة تأمينية ووسيط، سوف يشعرون بمزيد من المكانة ويصبحون على استعداد أكبر ليدفعوا مقابل الرعاية الصحية.

المباراة الثانية هى مباراة هؤلاء ذوى الاتجاهات والقيم المختلفة، من بينهم أولئك ذوى مستويات دخول مختلفة، سوف يفضلون خطط تأمين صحى مختلفة. هناك ادعاء بأن سوق تنافسى للتأمين الصحى، سوف يستجيب بعرض تنويعات تفضيلية للمنتج، وهو الشىء الذى لن يجد احتكار الضمان الاجتماعى تحت سيطرة القطاع العام لا الحافز ولا النية لتقديمه.

يزداد التأمين الخاص غالبًا كلما ازداد نمو الاقتصاد، لأنه يصبح ذو جاذبية للمصالح الخاصة بمشترى التأمين. يريد أصحاب الأعمال الاحتفاظ بقوة العمل أصحاء، ويحصلون على ولاء أكثر من العاملين لديهم، ويتحاشون التماسات العمال من أجل المعونة المالية عندما لا يستطيعون الوفاء بالفواتير الطبية. يريد العاملون غالبًا التأمين ليدفعوا مقدمًا نفقات رعايتهم الصحية، وللحماية ضد المخاطر، وللمميزات المالية للتأمين الجماعى، الذى يكلف أقل من الضمان الاجتماعى المقارن بسبب اقتصاديات الحجم والمشاركة فى تحمل المخاطر فقط مع العاملين الآخرين الأصحاء. لهذه الأسباب، فى بعض البلدان متوسطة الدخل هناك ضغوط حقيقية من العمال ذوى الأجور الأحسن لاختيار مخططات الضمان الاجتماعى، وباسم التنافس فى السوق الحر يطالب هؤلاء العمال بأخذ اشتراكاتهم، واستخدامها لشراء تأمين خاص – كما يسمح النظام الآن فى تشيلى بذلك.

الفشل الأكثر خطورة للتأمين الخاص التنافسى، هو مشكلة "انتقاء المخاطرة". فى عالم حيث يعنى المرض بشكل متزايد المرض المزمن، تكلفة الرعاية الصحية قد أصبح توقعها أكثر إمكانية على أساس تكلفة من سنة لسنة. فهؤلاء المرضى هذا العام على الأرجح سوف يكونون مرضى العام المقبل. من ٥% إلى ١٠% من الناس فى أى نظام تأمينى الذين هم الأكثر مرضًا، غالبًا ما يكلفون من ٦٠% إلى ٧٠% من التكلفة الكلية (هسياو ٢٠٠٠). هذه الحقائق تخلق حوافز هائلة لشركات التأمين المتنافسة لبيع سياسات للأصحاء فقط. أو، إذا ما باعوا خططًا لمرضى، يضعون أسعارًا عالية جدًا ليجنوا أرباحا، حتى من الفقراء.

الحالة الأخيرة، طبعًا، تخلق حوافز قوية للمرضى تدفعهم للكذب حول صحتهم مع شركات التأمين. لو أن القواعد التنظيمية للممارسة تتطلب من شركات التأمين أن تبيع بمعدل واحد لكل الزبائن، فمن المرجح إلا يشترى الأصحاء تأمينا صحيًا، لأن سعره الغالى لن يكون جاذبًا، حيث إن انخفاض مخاطر تعرضهم لمرض سوف تجعل من التغطية التأمينية لا تستحق مثل هذا الثمن بالنسبة لهم. وقد

يؤدى هذا إلى "دوامة موت لا يسجل منها إلا القليل". وحيث إن أصحاب المخاطر الهينة يبتعدون عن المشاركة التأمينية فالخسائر تتصاعد، وترتفع أسعار الاشتراك الأولى، وحتى المزيد من الأصحاء يخرجون من التعاقدات التأمينية، تاركين خلفهم المشتركين الأكثر مرضًا والأكثر تكلفة فى المشاركة التأمينية.

والعكس يحدث أيضًا مسببا مشكلة. تعمل شركات التأمين لجذب مشترون لسياساتها أصحاء على نحو خاص، بينما تسعى لاستبعاد المريض منهم. قد ترفض شركات التأمين البيع للمرضى، أو استبعاد تغطية ظروف قائمة بعينها، أو إلغاء أو رفض التصريح بسياسات لهؤلاء الذين يصبحون مرضى، أو يحددون أسعارًا مرتفعة جدًّا. هذه الممارسات معًا معروفة باسم "انتقاء المخاطر" أو "كشط الزبد"، وهى تعنى أن هؤلاء الذين يحتاجون للتأمين أكثر من غيرهم، ربما ينتهون إلى رفع الغطاء عنهم فى نظام التأمين الصحى القطاع الخاص.

إنصاف الأعباء والمزايا المالية

تبعات الإنصاف فى التأمين الخاص هى تبعات غير مفضلة عمومًا. رسوم الاشتراكات الأولية التى لا تتنوع باختلاف الدخل هى اشتراكات انكماشية بشدة. فعليًّا، مع التسليم بالعلاقة العكسية بين الوضع الاقتصادى والوضع الصحى، تؤدى الاشتراكات الأولية القائمة على أساس نسبة المخاطر نمطيًا إلى أن يدفع الفقراء "المزيد". حتى الأسعار المنضبطة الموحدة التى لا تختلف باختلاف الدخل هى أكثر انكماشية من الأنواع الأخرى من خيارات التمويل. وبالمثل، من وجهة نظر الحماية ضد المخاطر، أسواق التأمين الصحى الخاص المتنافسة تترك كثيرًا من الآمال والرغبات غير مشبعة، لأن هذه الأسواق ذات الدخول المنخفضة لا تستطيع تحمل تكلفة التأمين. باختصار، هؤلاء الناس أصحاب المخاطر المالية بسبب المرض الشديد على الأغلب، هم الناس الأقل قدرة على تحمل تكلفة التأمين الصحى الخاص.

من زاوية نظر الإنصاف الأفقى، السؤال هو. أى المقارنات هى التى نهتم بها؟ أسواق التأمين الخاص ذات الاشتراكات الأولية تفرض أن هؤلاء الناس الواقعين فى الفئة ذات المخاطر العالية يدفعون أكثر. أنها مسألة فلسفة وسياسات فى علاقتها بأى اختلافات فى الظروف نريدها أن تؤثر على تكاليف الرعاية الصحية للأفراد.

المشاركة فى تحمل المخاطر

لأن التأمين الخاص يجعل المشاركة فى تحمل المخاطر عبر مجموعات أصغر من تلك التى يتحملها الضمان الاجتماعى، فهذا الأسلوب يوفر نمطيًّا مشاركة أقل مما يقدمها الضمان الاجتماعى – وأقل كثيرًا من التى يقدمها التمويل من خلال الإيرادات العامة. إضافة إلى ذلك، الجماعات المعرضة لأعلى المخاطر والتكلفة (خصوصًا أصحاب الأمراض المزمنة والمعاشات) يتم استبعادهم بشكل نمطى. بعض الأمم – كاستجابة على ذلك – وضعت لوائح لتنظيم أسواق التأمين الخاص سواء بمطالبتها بأسعار موحدة للكل (تسعير مجتمعى) أو بتحديد مدى فروق الأسعار المسموح بها (شرائح تسعير). وكما سوف نناقشه فى الفصل ١١ عن اللوائح التنظيمية، مع ذلك، تلك المقاربات تتطلب تقنية إدارية ملموسة وسلوك عام من الالتزام بالقانون عند شركات التأمين الصحى الخاصة. بل إن هذه المقاربات لا تحظى بشعبية سياسية، حيث إنها تحاول فرض نوع من أنواع المشاركة فى تحمل المخاطر يحاول المشترى، خصوصًا فى البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل، تجنبها.

أحد المواقف المدافعة عن التأمين الخاص هو الادعاء بأن أسواق التأمين التنافسية تخفض تكلفة الرعاية الصحية. أصحاب شركات التأمين فى سعيهم لجلب زبائن سوف يخفضون الأسعار، وحتى يكسبوا النقود. سوف يضغطون على مقدمى الخدمة لتخفيض أسعار خدماتهم. مقدمو الخدمة وهم يواجهون انخفاض الإيرادات، سوف يعيدون تنظيم عملهم لتقليل التكلفة. انهيار الشيوعية، نقطة فخار إيديولوجية السوق، ومنطق المهووسين بالسوق المدعومين جيدًا بالأموال، كلهم أعادوا تدعيم الاتجاه نحو دروب صديقة للسوق (رودريك ١٩٩٧).

سوق الرعاية الصحية الوحيد الذى يقدم شيئًا ما مشابهًا عن قرب لما يصلح اختبارًا لهذا الادعاء، هى الولايات المتحدة الأمريكية – التى اعتمدت أوليًا تأمين جماعى خاص تنافسى يشتريه أصحاب الأعمال طوال الخمسون عامًا الماضية. فى التسعينات، حينما تزايد التنافس بين الخطط التأمينية المختلفة، حدث بعض التأثير على تكلفة الرعاية الصحية، مثل النبوءة التى تقولها النظرية الاقتصادية. ولكن المستهلكين ضاقوا بشدة من القيود على قدرتهم فى الحصول على الرعاية التى يكفلها نظام الرعاية المخططة، التى حدث أنها هيمنت على السوق. نتيجة لذلك، قللت شركات التأمين فى السنوات الأخيرة من جهودها للسيطرة على مقدمى الخدمة، وأخذت التكلفة فى الولايات المتحدة فى الازدياد بمعدل ١٠%، إلى ١٥% سنويًا. أكثر من ذلك، جزئيًا بسبب تكلفة المعاملات العالية جدًا لنظام التأمين الصحى الخاص المفتت، لدى الولايات المتحدة تكلفة الرعاية الصحية الأعلى من بين دول العالم كله – وبفارق ملموس.

بخلق نظام تمويلى من التامين الخاص، تواجه الأمم سلسلة من قضايا التخطيط الحاسمة. القضية الأولى هى، ما إذا كانت العقود سوف تباع على أساس فردى أم جماعى. السوق فى الولايات المتحدة يقوم على أساس جماعات رجال الأعمال. ويتم هذا من أجل تقييد الحوافز، والإمكانية نفسها، لدى الأفراد الذين يرغبون فى الانضمام إلى أو الخروج من الأنواع المختلفة للمشاركة فى تحمل المخاطر، وبذلك يدفعون إلى عدم استقرار النظام. وحتى عندما تكون الجماعات صغيرة، توجد روح التجريب فى أنواع مختلفة من الشراء الجماعى بتكلفة معاملات أكثر انخفاضًا على الأقل (زيلمان ١٩٩٦).

القضية الثانية فى التخطيط هى طبيعة الكيانات التأمينية، خصوصًا الاختيار ما بين الهادف منها فى الربح والغير هادف للربح. هل الشركات التى لا تهدف للربح هى شركات دولة، أو كيانات منظمات غير حكومية مستقلة، أو بعض أنواع الاتحادات أو التعاونيات التى يرعاها المجتمع، أو شكل ما آخر؟.

تتناول المجموعة الثالثة من الاختيارات دور الحكومة. أى أشكال من اللوائح والقواعد التنظيمية، والتراخيص سوف يخضع لها بائعو الخدمة؟ مثلاً، هل سوف تصر الحكومة على مستويات معينة من الاحتياطيات المالية؟، أو أنها سوف تضع قواعد لتنظيم عملية تعيين رسم الاشتراك الأولى فى النظام التأمينى؟، أو تضع شروط للحد الأدنى من التغطية؟

المجموعة الأخيرة من أسئلة التخطيط تتعلق بالعلاقة بين شركات التأمين ومقدمى الخدمة. هل تمارس الحكومة أى دور للسيطرة التنظيمية على العلاقة بين مقدم الخدمة وشركة التأمين؟ مثلاً، هل يستطيع مقدم الخدمة، وشركة التأمين الاختلاط فى نوع ما من الترتيب مثل منظمة الحفاظ على الصحة الأمريكية

(HMO)؟ هل مثل هذه الخيارات محظورة، أو مطلوبة أو اختيارية؟ هل سوف تنظم الحكومة القواعد التى تدفع بها شركات التأمين لمقدمى الخدمة، مثلما تنظم حكومة الولايات المتحدة العلاقة بين الخطط التأمينية مع مقدمى الخدمة الذين تتعاقد معهم شركات التأمين؟.

وبشكل عريض أكثر، هناك دور للحكومة فى تشكيل الهيكل التنافسى لهذه الأسواق. كم من الشركات التى سوف يسمح لها بالعمل أو تلقى تشجيعًا للعمل؟ ما هى المناطق الجغرافية أو فئات السكان التى سوف يتوجه لها كل متنافس، أو يعمل وسطها المتنافسون؟.

اختيار التأمين الخاص هكذا لا ينفى دور الحكومة من عملية تشغيل نظام التمويل الصحى هذا. بل الأحرى، أن هذا الاختيار يفرض مجموعة مركبة من قضايا الإدارة العليا والتحكيم، ويضعها على كاهل حكومة قد تكون جديدة تمامًا على ذلك أو مختلفة كلية عن الذى واجهته هذه الحكومة حينما كانت تعتمد فى السابق على تقديم الخدمات الصحية مباشرة ومن خلال تمويل الضريبة العامة.

لسوء الحظ، قد تكون الحكومات غير مجهزة جيدًا لتتكفل بهذه المسئوليات الجديدة. هل لدى الحكومة قدرة على أن تكون ضامنًا للتأمين الخاص، وتحليله ماليًا لتوفر شروط احتياطية له؟ هل تعرف ما يكفى حول القوى المحركة لأسواق الـتأمين التنافسية – الظاهرة التى قد تكون جديدة على البلاد عندما تحاول جذب الناس ذوى المخاطر الطبية – من أجل خلق وضبط مثل هذه الأسواق بفعالية؟ هل تستطيع هذه الحكومات التعرف على سلوكيات حصد المكاسب السهلة وتنظيمها؟ هل سوف تكون قادرة على التحكم فى الأسعار و/أو شروط بيع سياسات التأمين؟ التجارب مع لوائح التأمين التنظيمية فى الولايات المتحدة تفترض أن المستويات العليا من المنافسة التحليلية، والاكتمال السياسى مطلوبان لأداء هذه المسئوليات بنجاح.

فى ظل التأمين الخاص، تظل الكميات التأمينية المشتراة قرارًا لا مركزيًا فى أيدى مستهلكين ومشاريع الأعمال الفردية. معدل التغطية المنكمش للتأمين الخاص فى الولايات المتحدة يعطى صورة أنه كلما ارتفعت الاشتراكات الأولية، يتوقف عديد من المستهلكين عن شراء التأمين. هناك قيود على ما تستطيع الحكومة القيام به إزاء ذلك. بالطبع، تستطيع الحكومة تقديم دعمًا ماليًا لتشجيع عمليات شراء لخدمات التأمين الخاص، كما حدث فى تشيلى (البنك الدولى ١٩٩٥). ولكن إعطاء الدعم المالى يبلغ مستوى الابتعاد عن التأمين والانتقال إلى التمويل القائم على أساس الضريبة. التحكم فى أسعار التأمين له مصاعبه. لو كان التسعير منخفضًا جدًا، سوف تهرب الشركات من هذا المجال، كما فعلت كثير من شركات التأمين التى توقفت عن تقديم خدمات معينة إلى المواطنين المتقاعدين (بونشمويلر ٢٠٠٠). ولو وضعت أسعار عالية جدًا، فمن ثم يصبح التأمين مكلف بدرجة لا يتحملها العديد من الناس.

يؤمن المدافعون عن التأمين الخاص أنه حل لمشاكل تمويل القطاع الصحى. غواية السوق والأموال الهائلة التى تولدها شركات التأمين الخاص فى الولايات المتحدة، صنعت حلفاء من جماعات غير متوقعة، تتراوح بين رجال الأعمال التنفيذيين، إلى المدافعين عن السوق الحر، إلى الأطباء المتعطشين لجمع الأموال. ولكن هذه المقاربة تطرح مشاكل ملموسة فى صورة تكاليفها الإدارية العالية وسوء الأداء من زاوية نظر الحماية ضد المخاطر والإنصاف. الحاجة إلى أحكام تنظيمية متقنة تقدم تحديًا أكبر. تعتبر كثير من البلدان أن مثل هذه المخططات لا يمكن الوفاء بها فى الواقع العملى.

الدفع من الجيب الشخصي

رابع أسلوب تمويلى هو أن يدفع المرضى الأفراد لمقدم الخدمة من جيبهم الشخصى دون استرداد هذه المبالغ من طرف ثالث، كما يحدث فى الخطط التأمينية. رسوم علاج الأفراد هى صنف من أصناف الدفع من الجيب الشخصى، وتشير إلى طريقة الدفع عند استخدام الخدمات التى تقدمها منشآت قطاع عام.

يهتم رجال الإصلاح الصحى بمثل هذه المقاربات التمويلية لسببين. أولاً، خصوصًا فى البلدان منخفضة الدخل، رسوم الخدمة غالبًا ينظر إليها كسبيل مفيد إداريًا لتحصيل إيرادات إضافية للمؤسسات والأنشطة فى الأطراف. الفكرة هى أن النقود التى يتم تحصيلها محليًا سوف تنفق محليًا. وهذا، كما يعتقد، سوف يقلل من الإهدار بسبب المحسوبية، والفساد، والمصاريف الجارية، حيث إن التحصيل المحلى وسداد التكلفة يزيد من القابلية للمحاسبة والشفافية. من المأمول، أن المرضى سوف يرحبون أكثر بدفع مقابل الرعاية، إذا ما أسهمت تلك المبالغ فى جودة أفضل للخدمة فى المنشآت الصحية المحلية.

المنطق الثانى، الذى ينادى به الاقتصاديون عادة، هو أن منح الخدمة الصحية مجانًا يشجع الإفراط الغير كفء فى استخدامها بشكل يستنزف الموارد. يستقر تحليلهم على افتراض النفعيين الذاتيين بأن الغرض من نظام الرعاية الصحية يجب أن يكون تعظيم رضاء المستهلك،كما يقاس بالترحيب بدفع المقابل (بولاى ١٩٩٠). موقف الاقتصاديين هو أنه عندما يكون سعر الخدمة صفر، سوف يستخدمها المستهلكون حتى وقيمتها بالنسبة لهم هى أقل من تكلفة إنتاجها. نتيجة لذلك، مزيد من رضاء المستهلكين الكلى، قد ينتج إذا لم تنتج مثل هذه الخدمات القليلة القيمة. ومن ثم هذه الموارد المستخدمة فى إنتاج تلك الخدمات يمكن استخدامها فى مكان آخر بالاقتصاد لإنتاج شىء ما له قيمة أكبر بالنسبة للمستهلك.

رسوم المستهلك، ومقابلها عند مرضى التأمين الصحى (المشاركة فى الدفع)، ينظر إليها كأمر مرغوب به لأنها تتحاشى تخصيص موارد فى غير محلها، بعدم تشجيع المستهلك على استهلاك خدمات أقل قيمة بالنسبة لهم.

لاحظ أن هذين الموقفين غير منسجمان تمامًا. هؤلاء الذين يفضلون رسوم المستهلك لأغراض تحصيل إيرادات، يريدون وضع أسعار على خدمات عالية القيمة، منادين بأن استخدام هذه الخدمات لن يتغير كثيرًا بهذه الرسوم. أنصار هذا الموقف قد يؤيدون أيضًا فكرة مساعدة محدودى الدخل على دفع مثل هذه الرسوم، دون ذلك قد يتأثر استهلاك هذه الفئة بشدة.

أنصار التسعير من أجل الكفاءة - على العكس - يريدون تحصيل أسعار الخدمات العالية التكلفة وقيمتها بالنسبة للمستهلك قليلة. بالنسبة لهم، النزول فى الاستخدام، كنتيجة لدفع المريض المباشر، ليست سببًا لمخططهم فى حد ذاته. بل الأحرى، هذا النزول يرونه بوصفه علامة على سلامة القرار بفرض رسوم فى المقام الأول.

هناك تعقيد آخر. إمكانية الطلب الذى يحفزه المنتج يعنى أن بعض خدمات الرعاية الصحية ربما يتم استهلاكها دون قيمة طبية كبيرة بالنسبة للمريض. وأينما تم ذلك سوف يستمر عجز كفاءة التخصيص، حتى مع وجود رسوم على الخدمة. فعليًا، سواء زادت كفاءة التخصيص أو نقصت؛ فذلك سوف يعتمد على أثرين متباعدين. أحدهما هو أثر الرسوم على دفع المرضى للإحجام عن شراء الخدمات ذات القيمة المنخفضة. والآخر هو الحوافز التى تمنحها مثل هذه الرسوم لمقدم الخدمة لزيادة الاستخدام الغير سليم. شدة الأثر الأخير سوف تعتمد على تنويعة من العوامل، تشمل الأعراف المهنية لدى مقدمى الخدمة، وتدريبهم والسبل التى يتدفق من خلالها إيراد الرسوم إلى متخذى القرار الطبيين.

كمية النقود التى يتم تحصيلها حاليا من خلال الدفع المباشر من جيب المريض الشخصى فى بلد ما من الصعب تحديدها غالبًا. من الممكن أن تكون تكلفة جمع بيانات جيدة - تكلفة ملموسة، حيث إن مسوح الإنفاق الصحى للأسرة عالية التقنية ربما تكون هى السبيل الوحيد للقيام بذلك. وأيضا ليس من السهل السيطرة على مثل هذا الإنفاق حيث كثير جدًّا من أسواق القطاع الخاص لا تحكمها لوائح وقواعد، وأيضًا بسبب الانتشار الواسع لدفع مبالغ بشكل غير رسمى وبطرق غير رسمية فى الأنظمة التى تديرها الدولة، حيث يوجد ذلك بشكل ملتبس وغير قانونى.

تنشأ أشكال دفع مبالغ بطريق غير رسمى عندما ينكمش دعم الميزانية لنظام الرعاية الصحية نتيجة لظروف اقتصادية صعبة ويأس مقدمو الخدمة من الحفاظ على مستوى دخولهم. تنشأ التقاليد المحلية أيضًا هنا. فى بعض البلدان، مثل هذه الرسوم يتوقعون أنها سوف تضمن رعاية جيدة، ليس فقط بواسطة الأطباء لكن بواسطة الممرضات أيضًا. تميل الرسوم إلى أن تكون مرتفعة بالنسبة لمقدمى الخدمة العاملين ميدانيا والذين يعتبرون الأكثر نشاطًا والأكثر بطولة - مثل ميادين الجراحة والنسا والتوليد. تسرى هذه المبالغ تحت أسماء مختلفة فى بلدان مختلفة، تشمل "إكراميات"، "مبالغ تحت الطاولة"، "ونقود سوداء"، و"نقود رمادية". من وجهة النظر الاقتصادية، هذه المبالغ هى شكل من أشكال التمويل بالدفع من الجيب الشخصى حيث إنها تمتلك أثرًا مماثلاً على الطلب وعلى العبء التمويلى الذى تمتلكه رسوم الخدمة التى يدفعها المريض رسميًّا.

الدراسات الأخيرة للحساب الصحى القومى (NHA) تقترح أنه ربما يوجد ترحيبًا واستعدادًا ملموسًا للإنفاق، والقدرة على الإنفاق، على رعاية مرضى العيادات الخارجية، حتى بين الفقراء نسبيًا، فى العديد من البلدان الفقيرة - خصوصًا بما فيها المبالغ الغير رسمية (بيرمان ١٩٩٧). هذا الاكتشاف يثير إمكانية خلق نظم مختلطة؛ حيث تلعب رسوم الخدمة دورًا غير هامشى فى بعض الأوضاع.

من الناحية الأخرى، الطلب على رعاية الحالات الحادة عمومًا تميل لأن تكون أقل حساسية للسعر من الطلب على الرعاية الروتينية أو الوقائية، واثر السعر على الاستخدام هو أعلى بين محدودى الدخل - كما نناقشه فى الفصل التالى. ويعنى هذا أن رسم الخدمة الموضوع لدفع الناس للإحجام عن استخدام الخدمات المنخفضة القيمة، سوف تؤدى بالمستهلكين أيضًا إلى إخفاء الاستخدام بطرق تؤثر على صحتهم سلبيا. ويطرح هذا الحاجة إلى إيجاد طرق لتشجيع استخدام خدمات الصحة العامة، والخدمات الوقائية. لسوء الحظ، فى عالم من الأمراض المزمنة، مثل هذه الحوادث لا يمكن تمييزها عن الرعاية الطبية العادية، حيث إن الكثير من الوقاية يحدث "بعد" ظهور بعض الأمراض. مثل هذه الأنشطة تسمى "الوقائية الثانوية"، مثلاً، أن تجعل شخصًا ما أصابته أزمة قلبية يقلع عن التدخين. وآليات تقديم الدعم المالى للفقراء، للتخفيف من أثر الإحجام عن الاستخدام بسبب رسوم الخدمات، ليس من السهل تنفيذه.

الدفع المباشر قد يكون ملحقًا مفيدًا يضاف لأموال الضرائب كمصدر للدعم المؤسسى. ولكن من المشكوك فيه أن تستطيع المبالغ المدفوعة مباشرة من الجيب الشخصى القيام بدور الأساس المالى الأكبر للرعاية السريرية الحديثة لأى فرد سوى الأغنياء جدًا. مثل هذه الرعاية غالية جدًا، والطلب عليها ليس متكررًا بما يكفى، حتى أن البلدان تواجه ضغطًا ملموسًا لتطوير مشاركة تمويلية فى تحمل المخاطر (بمعنى، بعض أشكال من التأمين)، خصوصًا فور ما تصل البلد إلى مستوى معين من النمو السياسى والاقتصادى.

الإنصاف والحماية ضد المخاطر

من منظور كل من الإنصاف، والحماية ضد المخاطر، الدفع من الجيب الشخصى هو أسوأ الأنظمة الممكنة لتمويل النظام الصحى. أصحاب كل من المرض والفقر هؤلاء يواجهون إمّا خطر مرض دون علاج، أو الضياع فى الفقر

المدفع – أو خليطا بين هذا وذاك. من وجهة نظر الإنصاف الرأسى، الدفع المباشر انكماشى بشدة، خصوصًا مع التسليم بالعلاقة السببية بين الحالة الصحية السيئة، والدخل المنخفض. الدفع من الجيب الشخصى أسوأ من التأمين الخاص، الذى يمنح على الأقل إمكانية بعض المشاركة فى تحمل المخاطر فى حالة الشراء الجماعى لتأمين ما، أو عند إخضاع الأسعار التأمينية للوائح منظمة.

فى العديد من البلدان، ينخرط الأطباء الممارسون الذين يستخدمون رسم الخدمة فى التمييز على أساس الأسعار، بفرض سعر للأغنياء أعلى من الفقراء. بينما مثل هذه الممارسات تتقدم بقضية الإنصاف، فهى أيضًا تعاظم من دخول مقدم الخدمة. بفرض سعر أعلى على الأغنياء وأقل للفقراء، يشجع الأطباء الفقير على شراء المزيد من الخدمة الكلية، محققين مزيدًا من الدخل لهم أكثر مما سيكون دون ذلك. وينتج عن ذلك صافى مكسب لأى بائع يمتلك وقتًا زائدًا يوفره لذلك، وعندما تصبح التكلفة الهامشية لتقديم مثل هذه الخدمات أقل من رسوم الخدمة المقدمة لهؤلاء الفقراء.

حساب الادخار الطبى

أحد الأساليب الخاصة للدفع المباشر (حساب المدخرات الطبى) يلقى عناية خاصة فى مناقشات الإصلاح الصحى على المستوى الدولى. النموذج النمطى لذلك تواجد فى سنغافورة (هسياو ١٩٩٥). تشمل هذه الخطة استراتيجية واعية لبناء احتياطى، فى توقع للزيادة عند التقدم فى العمر، الفئة التى تستخدم الرعاية استخدأما عاليًا. تفرض السياسة مدخرات إجبارية (بناء على نسبة من الأجر) تودع فى حسابات فردية للادخار مخصصة لذلك، يمكن استخدامها عندئذ لدفع خدمات الإقامة فى المستشفيات.

عديد من سمات تجربة سنغافورة تستحق تعليق. النظام أولا وقبل كل شيء هو مخطط ادخارى مصمم لحث العمال على التوفير الآن؛ توقعًا للنفقات الطبية الضخمة فى السنوات القادمة، ومن هنا تحويل دخل اليوم للمستقبل. وحتى يتراكم رصيد ملموس فى حسابات الأفراد، وفى الوقت الذى يكون فيه الناس شباب، يحثون المشتركين على الإحجام عن استخدام حساباتهم فى دفع نفقات الرعاية. بدلاً من ذلك، تبذل جهود كبيرة لتشجيعهم هم وعائلاتهم على دفع نفقات الرعاية مباشرة من الجيب الشخصى. وحيث إن الرصيد المتوفر للفرد أو عائلته هى تلك المبالغ التى يودعونها الحساب، فالمشاركة فى تحمل المخاطر عبر السكان ككل هى مشاركة محدودة.

ثانيا، حتى تجعل من الممكن للناس أن يدفعوا من جيوبهم الشخصية ومع ذلك يتحملون تكلفة الخدمات العلاجية الأساسية، تقدم المستشفيات مستويات عديدة من الخدمات، من الدرجة "الثالثة" للعنابر متعددة الأسرة، إلى الدرجة "الأولى" للغرف ذات السرير الواحد. الخدمة ذات الدرجة الأقل مدعومة ماليًا بإيرادات الضرائب، مما يجعلها متاحة لمحدودى الدخل (الخدمات الطبية ليس من المفروض أنها تتنوع حسب الدرجة، ولكن ظروف الفندقة هى التى تتنوع طبقًا للدرجة). ويتم هذا بنية تناول جوانب الإنصاف العكسية لمخطط الدفع المباشر من الجيب الشخصى. ومع ذلك، اكتشفت سنغافورة أن العديد غير قادرين على دفع نفقات الإقامة فى المستشفى، بل حتى العنابر المدعومة ماليًا. فى التسعينات، راجعت البلد لذلك خطة الادخار، بإضافة خطة للتأمين فى مواجهة الكوارث، يدفع فيها العمال اشتراكات أولية بواسطة السحب من حساب مدخراتهم الطبية (ليم ١٩٩٨).

ثالثًا، لدى سنغافورة أيضًا نظام دعم مالى لكل حالة على حدا، عندما يقرر الأخصائيون الاجتماعيون أن لا الفرد، ولا عائلته يستطيعون دفع المطلوب، مرة أخرى تتناول أمور كل من الإنصاف والمشاركة فى تحمل المخاطر.

هذا المخطط المعقد قد تم تعديله عبر عقد من السنوات، ليرتقى إلى تناول مشاكل الإنصاف فى أسلوب الدفع المباشر. من المعترف به بشكل واسع أن الوضع الثقافى الاجتماعى الفريد نسبيًا فى سنغافورة يلعب دورًا أكبر فى عمل هذا المخطط. سنغافورة صغيرة المساحة الجغرافية، غنية نسبيًّا، مجتمعًا صينيًا غالبًا، محفور فيه بعمق كل من قيمة السعى من أجل اكتساب الرزق، وقيمة المسئولية العائلية. يمتلك البلد أيضًا نظام مالى حكومى كفء ومتقدم. ليس من الواضح أن مثل هذا المخطط المعقد، الذى يعتمد بشدة على أعراف ثقافية مخصوصة، يستطيع مساعدة هذا المجتمع على الانتقال إلى وضع آخر – رغم كل العناية الدولية التى يتلقاها.

القابلية للتنفيذ

الميزة الأعظم لطريقة الدفع المباشر من الجيب الشخصى تقع فى ميدان القابلية للتنفيذ. ولأن البائعين يستطيعون رفض خدمة من لا يدفع، فذلك يدفع المشترى للدفع فعليًا. المعاملات تحدث فى المكان ذاته، ويمكن استخدام عمليات تجارية عادية (مثل الشيكات، والنقود السائلة، والكروت الائتمانية)، التى لا تستدعى أى عبء أضافى بإمساك الدفاتر. من منظور الحكومة، نظام الدفع المباشر هذا نظام ذاتى التنفيذ، ولا يتطلب ميزانية عامة ذات وزن محسوس من أجل تشغيله. ولكن عندما تصبح أسعار رسم العلاج عالية جدًا، لا يستطيع البائعون رفض خدمة المرضى (كما فى حالة المستشفيات الأمريكية التى تعالج حالات الطوارئ لأى شخص لا يغطيه التأمين)، تكلفة البائع فى جمع الرسوم بعد علاج هذه الحالات قد تكون تكلفة ملموسة (كريز ١٩٩٧).

رسوم العلاج تخلق حوافز لمقدمى الخدمة من أجل تشجيع الإفراط فى الاستخدام، وهو ما يؤدى إلى مواجهة جهود الحكومة فى فرض قواعد تنظيمية لذلك. هذه النفقات تعتبر عن حق جزء من تكلفة مخطط الدفع المباشر. عديد من

مبادرات الجودة (مثل حكم مقدم الخدمة بالقواعد التنظيمية وبالتراخيص) إضافة إلى أنشطة وضع لوائح تنظيمية للأسعار تطورت من أجل تناول مشاكل حوافز التمويل بالدفع المباشر. قد تطورت أيضًا جهود من أجل تقييد عدد مقدمى الخدمة ومن أجل إصدار تراخيص للمؤسسات لكبح الإفراط فى الاستخدام، كما نناقشه فى الفصل ١٢ عن اللوائح التنظيمية.

ملخص

الدفع المباشر من المريض طريقة من السهل إدارتها، وتعتبر ضمنيًّا مصدرًا فعالاً للإيرادات. ولكنها تثير أسئلة جدية من منظور الإنصاف الرأسى، والمشاركة فى تحمل المخاطر. وهذه الطريقة من الممكن أيضًا أن تشجع استخدامًا غير صحيح للخدمة من خلال أثر الحوافز على الأطباء ومقدمى الخدمة الآخرين، وحتى بينما هى تكبح الإفراط الغير سليم فى استعمال الخدمات من المستهلكين. يفتقد الدفع المباشر أيضًا إلى القدرة على تمويل تغطية شاملة للخدمات غالية الثمن. إلا أن الدفع المباشر يصبح بوضوح جذابا لبلدان عديدة، بسبب قدرته على حشد وتعبئة الموارد الغير متاحة بالطرق الأخرى للقطاع الصحى.

التمويل المجتمعى المحلى

فى هذا الأسلوب التمويلى، تقوم المجتمعات المحلية بتشغيل وتقديم خدمات الرعاية الأولية ومستوى الرعاية الثانى، وتتحكم بها من خلال مخططات دفع مقدم على أساس محلى. فى ظل خطط التمويل المجتمعى النمطية، تمويل وتقديم الرعاية الأولية متكامل، ولكنه منفصل عن خدمات الرعاية الثانية والثالثة. مقدمى الخدمة إمّا أفراد يستأجرهم المجتمع المحلى أو المنظمات الغير حكومية، التى لا تهدف للربح.

العديد من بلدان العالم المنخفضة الدخل، قد يئست من اكتشاف طرق لتمويل، وتقديم الخدمات الصحية الريفية بشكل يعتمد عليه فى مستوى القرية. من الصعب غالبًا أن تحصل على أطباء لتشغيل وحدات تقوم الحكومة بتشغيلها. يتهرب الأطباء أو يرفضون، ولا يحضرون للعمل بشكل منتظم، أو يقدمون خدمات تفتقر للجودة إلى المستهلك وتكون غير مناسبة لثقافتهم المحلية. وفى نفس الوقت، غالبًا ما لا يحمل السكان فى الريف ثقة فى الخدمات والمنشآت القائمة. نتيجة لذلك، هم يقومون باستخدام مكثف لخدمات المعالجين التقليديين، والطب الشعبى، وعندما يمرضون بشكل حاد، يسافرون إلى مستشفيات المقاطعة أو الإقليم.

فى العديد من البلدان الفقيرة، من الصعب أيضًا تحصيل إيراد إضافى من الضريبة العامة. قد يكون الفساد والعجز منتشرًا، والتسجيل فى الدفاتر معيبًا، والتهرب الضريبى شائعًا. وقد ساهمت هذه الظروف فى زيادة الاهتمام فى السنوات الأخيرة فى التمويل المجتمعى المحلى. الفكرة الجوهرية هى تحصيل وإنفاق الأموال من أجل الرعاية الأولية محليا، وعلى مستوى القرية. النظرية هى إن السيطرة المحلية سوف تنتج شفافية وقابلية للمسائلة. وهذا بدوره سوف يساعد على ضمان خدمات كفء ثقافيًا وفعالة ونزيهة.

الأمل هو أن مثل هذه الترتيبات الإدارية والتمويلية سوف تبرهن على أنها جذابة ولها مصداقية عند السكان المحليين وتزيد من استعدادهم للمساهمة ماليًا. يشير أنصار التمويل المجتمعى المحلى إلى المبالغ الملموسة، التى ينفقها السكان المحليين الفقراء نسبيًا على المعالجين التقليديين، وممارسى الطب البديل، والأطباء الممارسين للطب على النسق الغربى. أنهم ينجذبون بواسطة إمكانية الحصول على حق الوصول إلى هذه الأموال لدعم خدمات الصحة العامة الأساسية وأنشطة الرعاية الأولية.

نموذج التمويل المجتمعى المحلى النمطى يشمل مزيجا من القابلية السياسية للمسائلة، ورعاية أولية يقوم المجتمع بتشغيلها، وتقريبا الدفع مقدمًا. المفهوم هو منظمات صغيرة للحفاظ على الصحة السليمة تقوم على أساس مجتمع محلى بأطباء بمرتبات. الرعاية الثانية (المستشفى)، يتم التعاقد معها بواسطة بعض من هذه المخططات، على الرغم من أنها من الممكن أن تكون مكلفة وتتطلب نطاق جغرافى أوسع حتى تصبح قابلة للحياة اقتصاديًا. يتم تخطيط عضوية شاملة (إجبارية) من أجل الحصول على الحرية فى مزيج من المرضى والأصحاء. من الممكن أيضا حشد وتعبئة الموارد المحلية للمجتمع بأشكال أخرى؛ مثلاً، بواسطة العمال لبناء مبانى.

عديد من التجارب فى جمع الأموال المحلية لتمويل الرعاية الصحية الأولية تم تنفيذها فقط فى أجزاء معينة من الخطة النموذجية الموصوفة أعلاه. وليس من غير الشائع بالنسبة للعضوية (الدفع) أن تكون تطوعية: مدى الخدمات المغطاة قد يكون محدودًا جدًا (مثلاً، صندوق مالى دوار لشراء الدواء مموّل محليًا) ومن الممكن أن يكون تمويلاً يعتمد بشدة على رسم مقابل الخدمة أكثر من كونه مدفوعات مسبقة، أو من الممكن أن يأتى من مصادر الضريبة القومية، وليس من المساهمات المحلية.

فى بعض الأحيان وفر تمويل الضريبة المركزية، والخدمات العامة خدمات رعاية صحية فعالة. سرى لانكا، وكوبا وكيرالا فى الهند كلهم يمتلكون وضعًا صحيًا أعلى من المتوسط بشكل جيد منسوبًا لمستويات الدخل لديهم وشبكات كثيفة من مقدمى الخدمة قطاع عام عالية الفعالية، حتى فى المناطق الريفية. المدافعون عن التمويل المجتمعى يجيبون أن مثل هذه النماذج تظهر أن ظروف ثقافية وسياسية، وتاريخية استثنائية مطلوبة للنجاح عبر درب الدولة المركزية.

أحد القيود على القاعدة المالية المحلية هو أن الاستدامة، قد تكون صعبة فى أوقات الأوضاع الاقتصادية المعاكسة. تمتلك أية منطقة ريفية وحدها نمطيًا

اقتصادًا أقل تنوعًا من اقتصاد أمة ككل. على سبيل المثال، ماليزيا اعتمدت على التوالى، على القصدير، والشاى، وزيت النخيل، والبترول، وصناعة التكنولوجيا العالية من أجل تحقيق نموها طوال الثلاثين سنة الماضية. دورات أسعار السلع التى أضرت بشدة بعض أجزاء من البلاد تم تلافيها بالنمو فى أجزاء أخرى. إلا أن القرية الواحدة لم تستفد عادة من هذا النوع من تعددية الإنتاج.

الإنصاف والحماية ضد المخاطر

حيث يكون تمويل المجتمع المحلى كلاً من مدفوع مقدمًا وإجباريًا، فهو يستطيع أن يمنح قدرًا معينًا من الحماية ضد المخاطر. وإذا لم يدعم ماليًّا من الإيرادات العامة، لا تستطيع مخططات التمويل المجتمعى حشد وتعبئة سوى قدر متواضع من الموارد، حيث إن معظم الأسر المشتركة فى هذه المخططات هى أسر منخفضة الدخل. أكثر من ذلك، تعنى التغطية المحدودة للرعاية الثانية أن على التمويل المجتمعى أن يلحق به مخططات أخرى (مثل المستشفيات التى تمولها الضرائب) إذا ما كان للمواطنين الحماية من المخاطر المالية للأمراض الشديدة. المخططات الغير إجبارية، حيث يوجد اختيار عكسى بواسطة المريض من داخل نطاق التغطية، تقدم حتى حماية أقل ضد المخاطر. مع التسليم بالطبيعة المتمركزة جغرافيا والصغيرة نسبيًا للسكان الذين يتمتعون بتغطية مثل هذه المخططات، فهم لا يستطيعون نشر المشاركة فى المخاطر على نحو واسع وكافى لتقديم التأمين ضد الأحداث المعاكسة المتمركزة محليًّا مثل الأوبئة والكوارث الطبيعية.

من وجهة نظر الإنصاف الرأسى، السؤال الحاسم هو عن طبيعة نظام الدفع المقدم. على الأخص، هل يتعدد الاشتراك الأولى مع اختلاف الدخل؟ الاشتراكات المحلية للأفراد أو للأسر، فى هذه المخططات سوف تستبعد أفقر الفقراء، إذا لم يكن هناك بعض آليات الإعفاءات أو الدعم المالى. من منظور

قومى، تثور قضية العدالة عند إجبار الفقراء المحليين على الدفع مقابل رعايتهم الخاصة مع استمرار دعم الخدمات الصحية ماليًا لنخب الأمة. من الناحية الأخرى، لو توافرت خطة لخدمة الفئات الفقيرة فى المجتمع فهذا الخلل لن يكون قائمًا، ربما يحصل المشتركون على فوائد أكثر مما يدفعون مقابله.

الإنصاف الأفقى هنا متناقض ظاهريًا. المناطق ذات القدرات الإدارية والتنظيمية المحلية الأكبر وذات القيادات الشعبية تؤدى بشكل أفضل يأتى الأمر إلى إنشاء وتشغيل مثل هذه المخططات. بمعنى ما، هؤلاء أصحاب أكثر الشكاوى سوف يكونوا هم الناس الذين يحيون فى مناطق تخلو من مثل هذه المشاريع، أو حيث تؤدى هذه المشاريع أداءً سيئًا، والذين يتمتعون بخدمات أقل لهذه الأسباب. فى البلاد التى تجد بها تنوعًا ملموسًا فى ثقافاتها المحلية وطاقاتها المحلية (مثل جماعات عرقية وثقافية مختلفة)، قد تكون مثل هذه الاختلافات قضية، لأن التمويل المجتمعى المحلى سوف يعمل بطريقة أحسن كثيرًا فى مناطق دون أخرى.

القابلية للتنفيذ

كما فى أى مشروع لا مركزى، سوف تعتمد القابلية للتنفيذ على القدرة والقيادة فى المستوى المحلى. وهذا يملى الحاجة إلى الاستثمار فى بناء القدرات على المستوى المحلى فى الأطراف. من الناحية الأخرى، عندما يكتسب السكان المحليين الثقة فى المشاريع القائمة على أساس مجتمعى، قد يصبح تحصيل الاشتراكات الأولية أكثر سهولة.

قد لا تستطيع بعض المناطق المحلية تطبيق التمويل المجتمعى المحلى. قد تنشغل القرى بالكامل فى صراع داخلى، وانقسامات لأسباب عشائرية أو عرقية أو دينية أو عائلية ولأسباب اقتصادية. فى هذه الأوضاع، إنشاء مجهود مجتمعى

تعاونى قد يكون صعبا أو مستحيلاً. وهكذا تحتاج الحكومات المركزية إلى أن تضع فى اعتبارها حدود القدرات التنظيمية والفنية المتوافرة محليًا عندما تضع خطط مثل هذه المشاريع. قد تحتاج الحكومات إلى توفير الخبرة المفقودة، وتقديم دعمًا تنظيميًا إما بشكل مؤقت أو بشكل دائم، بناءً على تقييم واقعى لكل حالة خاصة على حد.

الموجز

الميزة الأكبر فى التمويل المجتمعى المحلى هى فى المصداقية والاستدامة، التى قد تنتج عن هذا الأسلوب، إضافة إلى المستوى المتواضع، ولكن ذو القيمة الكبيرة، من الحماية ضد المخاطر الذى يقدمه أيضًا. بعض أكبر المكاسب قد يحدث ليس فى ميدان التمويل، ولكن فى زيادة الكفاءة وسرعة تلبية الخدمات؛ عندما يخضع مقدمو الخدمة لسيطرة محلية فعالة. مع السمعة الطيبة النسبية للتمويل من خلال الضرائب، أظهرت الخدمات الصحية التى يسيطر عليها المجتمع المحلى المقدمة للسكان الأصليين الابورجين فى أجزاء من استراليا أهمية هذا الجانب فى المشروع.

مرة أخرى، مع ذلك، مواصفات موضوع التنفيذ. يجب إعطاء انتباه لبناء الشروط المسبقة المؤسسية المطلوبة – الشروط الفنية والسياسية. وعلى العكس، مثل هذه المبادرات تبلغ إلى مستوى تحويل مسار مشكلة عدم قدرة الحكومة المركزية حلها ووضعها على كاهل السلطات المحلية الأقل موارد والأقل تجهيزًا. ويجب أيضًا إعطاء انتباه إلى المجتمعات المتخلفة عند إجراء "تجارب استرشادية". والغالب بشدة، المواقع الناجحة فى هذه المشروعات هى المناطق الأفضل تقدمًا – سياسيًا واقتصاديًا – بينما الأماكن ذات القدرات الأقل والأكثر حاجة (مثلاً، المناطق القبلية فى الهند، وولايات الشاى فى ماليزيا) نالت الاهتمام الأقل.

عديد من البلدان الفقيرة تعتمد بقدر كبير على العون الأجنبى كمصدر لتمويل القطاعات الصحية. مثل هذا العون يأتى غالبا نظير ثمن – بالاسم، التزام المانحين بمستهدفات نوعية. مثل هذه الالتزامات تحركها دوافع من خليط من اهتمامات المانحين، وقيمهم، وأهدافهم السياسية. مثلاً، وكالات العون الوطنية مسئولة أمام الهيئات التشريعية فى بلادهم، بينما المسئولون التنفيذيون فى منظمة الصحة العالمية مسئولون أمام مجلس الصحة العالمى.

فى السنوات الأخيرة، أصبح المانحين أقل تركيزا فى دعم إصلاح القطاع الصحى ويولون تركيزا نوعيًا أكثر على مستهدفات برنامجية ذات مخرجات قابلة للقياس – التطعيم، القضاء على أمراض، ولادة آمنة للأطفال. والمدى الذى تتبدل فيه ما يفضله المانحون، أو المدى الذى يشوهون به السياسات القومية يعتمد لحد كبير على القدرة المالية الخاصة للأمة ودرجة اعتمادها على تمويل المانحين. الأمم الأفقر، والمجتمعات ما بعد النزاعات والحروب، هى الأكثر عرضة لذلك فى هذا المقام.

ولسوف نحث الأمم المتلقية للعون أن تتعامل بإيجابية مع المانحين عبر الاتفاقات الثنائية والمتعددة الأطراف. تملى أهمية الشروط المحلية الكثير على القادة والخبراء المحليين ليفعلوه ويساهموا به فى مناقشة اختيار السياسة. حماسة الخبراء الدوليين فى غير محلها للحلول "التى تناسب جميع المقاسات" شاهدنا أمثلة حية لها فى الماضى. وفى نفس الوقت، تستطيع أن تكون الخبرة الدولية مصدرا ذا قيمة كبيرة للاسترشاد والنصيحة حول بدائل الإصلاح. رجال الإصلاح المحليون يحتاجون إلى إدراك أنه ليس كل مرجعية من الخبرة الدولية تمثل شكل من عدم الاحترام لهم أو "إمبريالية ثقافية". إصلاح القطاع الصحى هو عملية معقدة وصعبة لدرجة أن الانفتاح الفكرى المسلح بالنقد الذاتى هو شرط واجب لكل من يأخذ عملية الإصلاح على محمل الجد.

تعليق نهائى على أساليب التمويل

قبل أن نمضى قدمًا، لاحظ ما هو "ليس جزءًا من تصنيفنا". على الأخص، حاولنا فصل التمويل عن الجوانب الأخرى من النظام. مثلاً، شريحة الإيراد العام، فى تصنيفنا، لا تتطلب تقديم القطاع العام للخدمات مباشرة – رغم أن تلك هى الحالة غالبًا. بدلاً من ذلك، هذه الشريحة تشمل أساليب عديدة من تقديم الخدمة: مقدمو خدمة مستقلون (كندا)، خليط من أطباء قطاع خاص ومستشفيات عامة (السويد)، إضافة إلى أنظمة الغالب فيها خدمات يشغلها القطاع العام (المملكة المتحدة). وبالمثل، شريحة التأمين الخاص تشمل كلاً من كيانات هادفة للربح وكيانات لا تهدف للربح (مثل خطط الصليب الأزرق الأمريكية)، وشركات تأمين تدفع لمقدمى الخدمة بمزيج متنوع قدر الممكن من الأساليب. من الممكن حتى أن توظف شركات التأمين أطباء لديها وتقوم بتشغيل مستشفيات من أجل تقديم الخدمة مباشرة. مثلاً، خطة كايزر للصحة، التى تبيع التأمين الصحى فى الولايات المتحدة، هى كل من شركة غير هادفة للربح ومقدم للرعاية مباشرة. إلا أننا نضعهم تحت شريحة التأمين الخاص البديل. لقد رتبنا تصنيفنا بهذه الطريقة حتى نترك قضايا دفع المقابل والتنظيم بوصفها قرارات تحت أزرار تحكم أخرى. مدى اتساع شرائح هذا التصنيف تصور بذلك مدى الاختيارات حول المسائل الغير تمويلية المتاحة ولا تندرج تحت هذا التصنيف أو ذاك، حتى بعد أن نتوصل إلى قرارات حول الأسلوب التمويلى.

تخصيص الموارد ومقنناته.

فور جمع الأموال، كيف سوف تستخدم هذه الأموال؟، ومن أجل من؟، هى أمور تعنى الكثير فى تحديد من يملك حق الوصول إلى الخدمة، وأى أنواع من الرعاية الصحية؟، ودرجة جودة الخدمة وكمياتها؟. كيف تعمل الأمة على مثل هذه

المقاييس الوسيطة للأداء؟، طريقة عملها هذه بدورها تؤثر على المخرجات الصحية والحماية المالية ضد المخاطر، إضافة إلى كفاءة التخصيص لنظام الأمة الصحى وتكلفته الإجمالية. فى هذا القسم سوف نناقش تخصيص الموارد داخل القطاع الصحى. (القضايا الأعرض لتخصيص الموارد عبر القطاعات هى قضايا معقدة للدرجة التى لا يمكن تناولها هنا وهى تتجاوز مجال ما هو موضع بحثنا).

ينشأ الاحتياج لتخصيص الموارد من حقيقة مروعة: الاحتياج البشرى يتجاوز كثيرًا جدًّا الموارد المتاحة. الحكومات والمشاريع الخاصة وميزانيات الأسر كلها عليها أن تقرر خيارات مؤلمة لتخصيص الموارد الشحيحة. علينا أن نختار قدر ما ننفقه على الرعاية الصحية مقابل سلع أخرى نرغب فيها؛ ويجب أن نتخذ قرارات حول طريقة إنفاق نقودنا لنحقق أفضل أحسن النتائج. تواجه الحكومات هذه الاختيارات على مستويين. الأول، هناك مقايضة بين الإنفاق فى أحد القطاعات والإنفاق فى آخر. ثانيًا، داخل قطاع معين، هناك مقايضة بين برنامج وبرامج أخرى. مثلاً، أموال أكثر للرعاية الأولية يعنى أموال أقل لخدمات إقامة المرضى بالمستشفيات (بيتران يا اسوثيادوس ٢٠٠٠).

إلا أن، قرارات التخصيص وحدها، حتى عند اتخاذها "بشكل صحيح"، لن تنتج من تلقاء نفسها المخرجات المرغوب بها. الأموال فى حد ذاتها لا تنتج رعاية صحية. يجب تحويل الأموال إلى رعاية صحية من خلال مجموعة معقدة من عمليات الإنتاج. الطريقة التى يحدث بها ذلك تتأثر بهياكل حوافز النظام، وأنماط التنظيم والأنشطة المنظمة له. الموقف فى الغالب الأعم يتشكل بحيث إنه فى حالة تخصيص الموارد بشكل سليم، سوف تتحسن مخرجات الصحة. مثلاً، تبنى "التقرير العالمى للتنمية ١٩٩٣" بالضبط مثل هذه النوع من المقاربة البسيطة لتحسين الصحة. ومع ذلك يبقى أنه على الرغم من ذلك لم يكن تخصيص موارد المعقول كافيًا لأنتاج نتائج أفضل، ما زال من الممكن أن يكون مفيدًا ومعاونًا جدًّا القيام بهذا التخصيص. ولكن كيف نعرف إذا ما كان نسق تخصيص الأمة للموارد ملائمًا وسليمًا؟ وهو موضوع هذا القسم.

تعريفات

تخصيص الموارد الصحية فى حالات عديدة هى عملية متعددة المستويات. تقرر الحكومات أولاً كيف توزع الموارد عبر فئات أو شرائح الاستخدام العريضة – قل، طبقًا للمنطقة أو قل طبقًا للمرض. ثم يعاد تخصيص كل حصة تمويل على المؤسسات أو الأفراد. غالبًا ما تتحدث الأدبيات الاقتصادية حول تخصيص الموارد عن تخصيص الموارد، كما لو كانت عملية أحادية. قد تكون تلك معالجة معقولة عندما توزع الأسواق حصص البضائع والخدمات مباشرة على الأفراد. ولكن فى ظل نظم خدمات صحية قومية، ميزانية الرعاية الصحية القومية يتم توزيع حصصها أولاً عن طريق صيغة معادلة على المجتمعات، ثم بوسائل أخرى على المؤسسات والأفراد. يستخدم التأمين الصحى أيضًا مقاربة المستويين. يستخدم تخطيط حزمة المنافع المقدمة لتوزيع مخصصات الأموال أولاً على أنواع الخدمات. ثم تستخدم طرق أخرى لتوزيع حصص الخدمات على الأفراد. فى هذا الكتاب، قمنا بتمييز الطريقة التى تعين بها حصص الموارد لفئات السكان أو لأنواع معينة من الخدمات (مثل خدمات الرعاية الأولية والمستشفيات) ونسمى ذلك "بتوزيع مخصصات الموارد". نحن نطلق مصطلح توزيع الرعاية الصحية الشحيحة على الأفراد "بتخصيص الحصص" (اوبل ٢٠٠٠، كلاين ١٩٩٣).

الطرق البديلة للقيام بتخصيص الموارد وتوزيع حصصها

حتى لو اتفق كل الناس على وجوب توزيع موارد الرعاية الصحية وتقسيمها إلى حصص، يوجد قليل من الاتفاق على المعايير الواجب استخدامها للقيام بذلك. ورغم ذلك، بعض الأمم أكثر صراحة فى وضع القواعد أكثر من غيرها. غالبًا ما يتجادل الأوروبيون حول حصص الرعاية الصحية (كلاين ١٩٩٣، دويال ١٩٩٧)،

بينما الولايات المتحدة لم تفعل ذلك أبدا تقريبا. من الناحية الأخرى، القيم المتضاربة تصعب الوصول إلى إجماع حول مبادئ توزيع حصص خدمات الرعاية الصحية (ماينارد ١٩٩٦، بارنوم وكوتزين ١٩٩٣). ربما يوجد سبب لشمول القواعد الواضحة لتوزيع الحصص حرفيا قرارات الموت والحياة بالنسبة للأفراد الذين يتم تمييزهم. صعوبة أخرى فى تأسيس قواعد للحصص هو الاختلاف حول قيم أى أشخاص هى التى سوف تسود: المرضى أم الأطباء أم مشترى الخدمة أم السياسيون، أم خبراء الصحة العامة، الخ.

من الناحية الأخرى، استخدمت العديد من المعايير لتخصيص الأموال على مستوى السكان للمجتمعات، أو لطبقات الخدمات. على سبيل المثال، تخصص المملكة المتحدة وكندا تمويلاً للمجتمعات المحلية قائم على أساس الدخل والوضع الصحى. تركز مخططات أخرى على المخرجات. مثلاً، يتخذ البنك الدولى بموقف ينادى باختيار الخدمات الصحية فى حزم المنافع التأمينية قائم على أساس العلاقة النسبية للتكلفة بالفعالية.

فور تخصيص التمويل لفئات السكان أو لأنواع الخدمات، يبقى وجوب صرف مقننات من الرعاية الصحية للأفراد. لا تستطيع أمة من الأمم تحمل تكلفة توفير كمية كافية من الرعاية الصحية للوفاء بكل الاحتياجات والرغبات الممكنة. بدلاً من ذلك، يتوافر العديد من الأساليب لتقنين الرعاية الصحية (أى لتحديد الاستخدام). "السعر" هو الإجراء الشائع الذى تستخدمه العديد من الأمم فى تقنين الرعاية الصحية، ولكن لهذا الأسلوب تبعات خطيرة تتعلق بالإنصاف. كبديل، تختار العديد من الأمم خدمات صحية بعينها وتجعلها مجانية (أو شبه مجانية)، وتعتمد على قوائم الانتظار لتقنين العرض المحدود منها. المملكة المتحدة نموذج جيد على ذلك. يتم إنتاج خدمات وقائية وخدمات رعاية أولية كافية للوفاء بما يريده المرضى بسعر يساوى صفر، لكن لا يتم ذلك مع الخدمات الجراحية والمعملية خصوصا غالية الثمن. يتم تقنين مثل هذه الخدمات الغالية بإدخال المريض الذى لا

يعانى من حالات حرجة فى قائمة انتظار مدة من الوقت، حتى يحصل على الرعاية. تستخدم وسائل أخرى أيضا لتقنين الموارد الصحية المحدودة للمرضى الأفراد، مثلاً، (ربما بشكل غير عمدى) بجعل خدمات بعينها أقل جاذبية، ومن هنا إحجام الطلب عنها. مثل هذه الممارسات تتضمن منع اختيار الطبيب المعالج، وعدم توفير استضافة فندقية جيدة فى المنشآت الصحية، مع تقديم الرعاية دون لياقة مهنية أو دون علاج ملائم ثقافيًا، أو عدم التوافر الجغرافى للمنشآت الصحية فى أماكن قريبة مما يتطلب وقتًا أطول فى الانتقال إليها.

أساليب التقنين المختلفة تؤثر على فئات المرضى بأنواعهم تأثيرًا مختلفا. مثلاً، التقنين عن طريق السعر يضر بقدرة الأسر الفقيرة على الوصول إلى الرعاية الصحية أكثر من الأغنياء. سوء الخدمة يمتلك غالبًا نفس الأثر على توزيع الخدمات، حيث من المرجح أن الأعلى دخلاً سوف يثابر أكثر أو يستطيع الوصول إلى الخدمة عن طريق الدفع بشكل غير رسمى. لطول وقت الانتظار فى عيادة من العيادات تأثيران متباعدان. يخسر العمال الأعلى أجرًا أكثر من العمال منخفضى الأجر. إلا أن الأخير سوف يكون أقل قدرة على تحمل الخسارة فى الدخل.

مبادئ تخصيص الموارد وجانبه السياسي

العديد من المناظير الأخلاقية التى ناقشناها فى الفصل الثالث تفترض أن الحكومات تعطى أولوية لخدمات الرعاية الأساسية والبرامج الوقائية – خصوصا للجماعات الضعيفة صحيًا. هذه الخدمات غالبا ذات علاقة إيجابية بين التكلفة والفاعلية من وجهة النظر النفعية الوضعية، ورفع وضع الرعاية الصحية للأسوأ حالاً هو أمر جذاب على نحو خاص من المنظور الليبرالى المنادى بالمساواة. إضافة إلى ذلك، يدرك بعض النفعيين الذاتيين لحدود التقدم فى تطور الأفراد لاختياراتهم الصحية. فهم سوف يفضلون جهود التثقيف الصحى الوقائى، والتمويل العام للتطعيم من أجل تصحيح فشل الأسواق وتحسين القرارات الفردية.

إلا أن العديد من البلدان تصنع اختيارات مختلفة تماما. عند ترك الناس لطريقتهم فى التفكير، يستعرض كثير من المواطنين، عند تركهم لطريقتهم فى التفكير، يستعرضون استعداذا عظيما للدفع مقابل رعاية المستشفيات للحالات الحادة – خصوصا فى حالة الأمراض المهددة للحياة. ثم يلح المواطنون على الحكومات أن تنقذهم من اختياراتهم الخاصة بتقديم دعما ماليا للرعاية فى المستشفيات. وقد يؤدى ذلك إلى صعوبة كبرى فى تخصيص الموارد العامة بين خدمات الرعاية الأولية والرعاية العلاجية فى المستشفى. تخصيص الموارد للدفع مقابل خدمات الرعاية الأولية أكثر إيجابية فى علاقة التكلفة بالفاعلية لتحسين الوضع الصحى، ولكن ذلك لا يوفر حماية مالية ضد المخاطر. وفى نفس الوقت، تخصيص الموارد للدفع مقابل خدمات المستشفى للمرضى المقيمين بها، يمنح حماية مالية ضد المخاطر، ولكنه أقل إيجابية فى علاقة التكلفة بالفاعلية لتحسين الوضع الصحى العام. تلك هى الإشكالية الكبرى بالنسبة للبلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل التى تنقصها الأموال لتدفع لكلاً الخدمتين.

ولقد حث البنك الدولى ومنظمة الصحة العالمية الحكومات على استخدام معايير تناسب التكلفة مع الفعالية لتخصيص الأموال العامة، وتخطيط حزم منافع تأمين اجتماعى. ولكن الجمهور يريد بوضوح ويطلب الحماية ضد مخاطر النفقات الطبية الغالية. وبالتالى، لم تتبع معظم البلدان ما أوصت به هذه المنظمات الدولية. بدلاً من ذلك، عندما تكتشف البلدان أن الموارد العامة تنقصها لتمويل كل من الرعاية الأولية، وخدمات المستشفى العلاجية، معظمهم يقرر الاستمرار فى الدفع مقابل خدمات المستشفى على مستوى لا تبرره اعتبارات تناسب التكلفة مع الفعالية. الجدول ٨،٢ يظهر النصيب الكبير لميزانيات الصحة العامة، التى تنفق على خدمات المستشفى فى بعض البلدان المختارة.

تصميم سياسة تمويل الصحة، مثل كل قرارات السياسة الأخرى، هى عملية سياسية بعمق. تتأثر العملية بنفوذ الأطراف صاحبة المصلحة الأقوياء فى القطاع الصحى – مهنة الطب المنظمة، النقابات، صناعات التأمين والدواء. كل منهم يمتلك موارد سياسية – كما ناقشنا سلفًا – تقرر قوتهم النسبية فى تشكيل سياسة التمويل الصحى.

علماء السياسة مثل مارمور وبار (١٩٩٢) ورايخ (١٩٩٤) يدافعان منذ زمن طويل عن موقف يقول إن السياسة تلعب دورًا حاسما فى تقرير من يدفع تكلفة منافع الرعاية الصحية ومن يتلقاها. حتى فى البلدان الفقيرة، النخبة السياسية والاقتصادية تريد غالبًا أن تدعم القليل من مستشفيات المستوى الثالث بمستويات عالمية التى تستخدم تجهيزات مكلفة جدًا (مستوردة غالبًا) وتقوم بخدمة احتياجاتهم. من الشائع بالنسبة لهذه المراكز الإقليمية والقومية (وهى غالبًا مستشفيات تعليمية) أنها تمتص حصة واسعة من ميزانية الصحة الكلية للأمة. أكثر من ذلك، المؤسسات المرموقة بأكثر ما يمكن غالبًا ما تمتلك صلات سياسية ونفوذ يسمح لها أن تدافع عن مصالحها بشكل فعال.

جدول ٨.٢ حصة الميزانية الحكومية المخصصة للمستشفيات فى بعض البلدان المختارة

البلد	حصة المستشفيات
بنجلاديش	٦١%
بوروندي	٦٦%
الصين	٦١%
الكوت ديفوار	٤٦%
إثيوبيا	٤٩%
جامايكا	٧٢%

المكسيك	٥٨%
الفلبين	٧١%
الصومال	٧٠%
تركيا	٦٣%
زيمبابوي	٥٤%
بلدان منظمة التعاون الاقتصادى والتنمية	٥٤%

المصدر: بانوم وكوتزين ١٩٩٣.

تخصيص الموارد والإنصاف

إضافة إلى المقايضات فى كفاءة تخصيص الموارد بين المكاسب الصحية والحماية المالية ضد المخاطر، كثير من الحكومات تسعى أيضًا إلى تحقيق مكاسب فى مجال الإنصاف من خلال قرارات تمويل الصحة. مثل هذه الحكومات تبحث عن الدعم المالى لهؤلاء الفقراء وهم أصحاب الاحتياجات الصحية الأعظم، ولكن تعوزهم القدرة على الدفع. لتحقيق تلك المكاسب، تستطيع الحكومة أن توجه مواردها للمنتفعين المستهدفين من خلال وسائل عدة. تستطيع توجيه الدعم المالى طبقًا لفئات الدخل، وطبقًا للحالة الصحية والاجتماعية والاقتصادية للطائفة الاجتماعية، وطبقًا لدرجة الإقامة فى المستشفى، وطبقًا لنوع الخدمة. وبشكل بديل، تستطيع الحكومة مباشرة تقديم خدمات مجانية (أو شبه مجانية تقريبًا) للطوائف الاجتماعية الفقيرة وفئات السكان الأكثر عرضة للمرض، مثل أصحاب الإعاقات وكبار السن.

نتيجة للضغوط السياسية التى ناقشناها أعلاه، فى الممارسة عديد من الأمم لا تخصص مواردها الصحية بشكل منصف. حتى الخدمات العمومية المدعومة من خلال الضرائب والمجانية اسمًا، المقصود بها ضمان قدرة على الوصول إلى الخدمة بشكل متساو للفقراء والأسرة محدودة الدخل، حتى هذه الخدمات تؤدى إلى

نتائج لا يتحقق فيها العدالة والمساواة. وعلى الأخص، من الممكن استخدام الخدمات الصحية المموّلة بواسطة الضرائب بشكل غير متناسب، بواسطة سكان الحضر من الطبقات الوسطى والعليا. ويتم ذلك بشكل خاص بالنسبة للخدمات عالية التكلفة مثل أشكال الرعاية عالية التقنية فى المستشفيات. يشير تحليل مثل هذه الحالات إلى أن الإنفاق العام على الصحة يميل فعلاً إلى إفادة الأغنياء بشكل غير متناسب فى غانا واندونيسيا وفيتنام والبرازيل (انظر الجدول ٨,٣)، وخلصت الدراسات فى الهند إلى نتائج متماثلة.

جدول ٨,٣ معدل انتشار الإنفاق الصحي في مجموعة بلدان مختارة

		حصة الدعم المالى (%)	
		الربع الأفقر من الفقراء	الربع الأغنى من الأغنياء
سرى لانكا	١٩٧٩	٣٠	٩
جامايكا	١٩٨٩	٣٠	٩
ماليزيا	١٩٨٩	٢٩	١١
البرازيل	١٩٨٥	١٧	٤٢
مصر	١٩٩٥	١٦	٢٤
كينيا	١٩٩٣	١٤	٢٤
فيتنام	١٩٩٢	١٢	٢٩
اندونيسيا	١٩٨٩	١٢	٢٩
غانا	١٩٩٢	١١	٣٤

المصدر: الالايما ومحيى الدين ١٩٨، ديميرى وآخرون ١٩٩٥، جروش ١٩٩٤

هذا التوزيع الغير منصف للموارد العمومية للرعاية الصحية، يسلط الضوء على صعوبة جوهرية تواجه تخصيص الموارد الرشيد فى القطاع الصحى. الخدمات الصحية الشخصية، ليست على غرار برامج الصحة العامة، تقدم فوائد مباشرة وفورية للأشخاص المحددين. هؤلاء الذين يعانون المرض نستطيع أن

نتوقع منهم ممارسة ضغوطًا قوية من أجل الوصول إلى الخدمات. وهؤلاء الذين يتمتعون بمكانة اجتماعية واقتصادية أعلى، من المرجح أنهم يمتلكون المهارة والموارد والعلاقات للاستيلاء على أكثر المنافع قيمة من أجل أنفسهم. فميول هؤلاء الشخصية للمقايضة تذهب إلى اتجاهات مختلفة جدًا عن الحسابات الإحصائية، التي يسعى بها المسئولون الرسميون إلى تعظيم الفوائد الصحية الكلية لمجمل السكان.

إرشاد شرطي

سياسة التمويل أمر معقد، لأن المستهدفات المتعددة التي تسعى الأنظمة الصحية نحوها نمطيًا تتطلب مساومات مؤلمة. ومن ثم، بشكل لا محالة فيه، سوف تعتمد قرارات التمويل على القيم الاجتماعية لكل أمة. مراجعتنا لزر التحكم الخاص بالتمويل، وأساليب التمويل الخمس للرعاية الصحية تقودنا إلى ثلاث استنتاجات كبيرة. أولاً، لا يوجد أسلوب تمويل كامل. كل اختيار له إيجابياته وسلبياته. البعض أكثر إنصافًا أو أكثر جدوى أو استدامة من الآخرين في سياق معين. ولكن تبقى هناك دائمًا مساومات. ثانيا، الاختيار الأمثل لأمة ما سوف يعتمد على الكيفية التي تتناول بها بلد ما مجموعة من مسائل القيم والواقع. ما هي درجة أهمية الإنصاف الرأسي والتمويل الذي يعيد توزيع الثروة؟ ما هو حجم القدرة الإدارية اللازمة لتحصيل الضرائب أو اشتراكات الضمان الاجتماعي؟ ما هو قدر التشكك أو الرغبة في عدم الالتزام عند المواطنين عندما يأتي الأمر إلى مخططات التمويل بالمجتمع المحلي؟ ثالثًا، مهمًا كان شكل مزيج الأساليب المختار، المهم هو التفاصيل والتنفيذ. مثلاً، سوف يعتمد الإنصاف الأفقي لنظام الضمان الاجتماعي على كيفية معاملة أصحاب الأعمال الصغار. الإنصاف الرأسي للنظام الذي يعتمد على الضرائب الإقليمية؛ سوف يعتمد على نوع آليات المساواة بين الأقاليم التي يتم إنشاؤها.

الأمم التى تريد حشد وتعبئة نسبة ملموسة من الناتج المحلى الإجمالى للرعاية الصحية، يجب أن تطور استراتيجية تمويل رشيدة ومتماسكة. المزيج المناسب من الأساليب التمويلية يعتمد على السياق الخاص لكل أمة – شاملاً قيمها الاجتماعية، وظروفها الاقتصادية وبنيتها الصناعية وقدراتها الإدارية. طاقة كل مصدر فى سياق معين سوف يعتمد على العديد من السمات المحلية لكل وضع. ويبقى. إن ذلك لا يعنى أن ما يفعله كل شخص هو الشىء السليم. من الممكن إن يؤدى بشكل أفضل أو أسوأ. من الممكن استخدام الخبرة الدولية والأفكار النظرية للوصول إلى استنتاجات مشجعة حول ما هو ملائم للسياق الخاص بك. ومثل هذه الآراء مطلوبة لو أن لنا أن نضبط زر التحكم فى التمويل بأقصى قدر من الفعالية.

مقترحات نوعية

هنا بعض الاقتراحات النوعية، قائمة على أساس مراجعتنا للخبرة الدولية والنظريات السياسية والاقتصادية ذات العلاقة:

- يملى الفقر فى حد ذاته قيودًا مالية أساسية. لا تستطيع الأسر الفقيرة تحمل تكلفة دفع مقابل الرعاية الصحية. يجب دعم هؤلاء الناس بواسطة الحكومات لو أن لهم الحصول على الخدمة. ولو كان للإنصاف أن يتحسن، لذلك، يجب أن يستهدف الإنفاق العام الفقراء – وهى ليست الحالة الآن فى الدول المنخفضة والمتوسطة الدخل.

- بالنسبة للمليارين من فقراء العالم الذين يعيشون فى المناطق الريفية، يجب التقدم بالعديد من الأهداف لو تم بشكل ملموس استبدال الإنفاق المباشر من الجيب الشخصى بخطط تمويل المجتمع المحلى المدفوعة مسبقًا. مثل هذه الخطط قد تستخدم الإنفاق الحالى بشكل أكثر فعالية وأكثر كفاءة، وتستطيع تحقيق تحسن فى جودة الرعاية الصحية المقدمة، وتساهم فى إنشاء بعض المشاركة فى المخاطر لتخفيض الإفقار بسبب الإنفاق الطبى الواسع.

- رسوم مقابل الخدمة التي يدفعها المرضى ساعدت على توليد مبالغ إضافية للمنشآت الصحية العمومية فى بعض البلدان، وتحفز المنتفعين على أن يكونوا أكثر حرصا فى استخدام الخدمات، التى كانت مجانية سابقًا. عديد من خطط فرض رسوم مقابل الخدمة، مع ذلك، لم تنتج مبالغ إضافية صافية للرعاية الصحية نتيجة للتكاليف الإدارية العالية، وعند توليد مثل هذه المبالغ الإضافية، لم تؤد بالضرورة إلى خدمات أحسن يرغبها المنتفع. أكثر من ذلك، عديد من أنظمة دفع رسوم مقابل الخدمة لم تنجح فى ضمان وصول الفقراء إلى الخدمات الصحية العمومية، على الرغم من أن هذه الأنظمة تم تخطيطها لعلاج هذه المشكلة المحتملة. باختصار، نظم رسم مقابل الخدمة تتطلب تخطيطًا مدروسًا بعناية، وإدارة قادرة، قبل أن تستطيع مثل هذه النظم إنتاج النتيجة المرغوب بها.

- مخططات الضمان الاجتماعى، للمدى الذى يمكن تحمل تكلفتها، تمتلك أعظم طاقات لتوفير حماية فعالة ضد المخاطر. فى البلدان منخفضة الدخل، من المرجح أن تصبح مثل هذه المخططات مقصورة على العمال فى القطاع الرسمى. وبينما يرتفع الدخل القومى، تستطيع الحكومات التوسع فى مثل هذه التغطية عن طريق تقديم دعمًا ماليًا من إيرادات الضريبة العامة. فى البلدان مرتفعة الدخل، النظم التأمينية الشاملة والإجبارية سوف تصبح على الأرجح ذات علاقة إيجابية بين التكلفة والفاعلية.

- التأمين الصحى الخاص لديه نفقات إدارية عالية، ويميل إلى إنقاص المشاركة فى تحمل المخاطر. من زاوية نظر الإنصاف، تقل الآثار الضارة لو كانت امتلك هذا التأمين دورًا كملحق (للتأمين الاجتماعى) لتغطية الحالات التى لا تتمتع بأية تغطية أخرى، ونقديم مستويات من الخدمة بجودة أعلى. فى البلدان العالية الدخل، من المرجح أن الأفراد ذوى الدخل الأعلى سوف يطلبون مثل هذه التغطية، لأنهم يريدون رعاية أفضل من الخدمات التى تقدمها المؤسسات العمومية نمطيًا.

- خدمات الصحة العامة الأساسية والوقائية سوف تدعمها الضريبة عمومًا لو أرادت أمة ما نموذجا يحقق علاقة بين التكلفة والفعالية لتخصيص الموارد من أجل تعظيم الحالة الصحية إلى حدها الأقصى. الدفع المباشر من الجيب الشخصى، أو المخططات التأمينية من المرجح أن تقديمها لهذا الخدمات، سوف يكون قاصرًا من وجهة نظر كفاءة التخصيص.
- هذه الملاحظات بدورها تؤدى بنا إلى نظرة حول ما هى الاستراتيجية التمويلية الملائمة للبلدان على اختلاف مستوى دخولها.
  - **بلدان منخفضة الدخل:** ضمان اجتماعى للقطاع الرسمي، تمويل مجتمعى فى المناطق الريفية – مع دعم مالى متواضع من الإيراد العام، خدمات عمومية للفقراء، وربما رسوم مقابل الخدمة على المنتفعين بالرعاية من المستشفيات العمومية، مع إعفاء محدودى الدخل منها، لو أن تلك الإجراءات قابلة للتطبيق بشكل سليم.
  - **البلدان متوسطة الدخل:** استراتيجية كلية مماثلة مع دعم مالى أكبر لتوسيع نظام الضمان الاجتماعى، ومد التمويل المجتمعى المحلى لمستوى الرعاية الثانية. تحتاج الخدمات العامة للتنظيم لإتاحة وصول الفقراء لها.
  - **البلدان عالية الدخل:** ضمان اجتماعى شامل مع دعم مالى من إيراد الضرائب العامة للفئات منخفضة الدخل يصبح موضع كثير من التوصيات. على الأرجح يلعب التأمين الخاص دورًا مع فئات الدخل الأعلى.

التمويل والإنصاف

كان الإنصاف موضوعا مستمرًا لنقاشنا حول اختيارات التمويل. استنتاجاتنا حول رسوم استخدام الخدمة، والتأمين الخاص، والتمويل المجتمعى كلها مستمدة جزئيًا من اهتمامنا بالإنصاف. وهكذا، أيضًا، كانت المناقشات التى أعطيناها حول جوانب العدالة لتخصيص الموارد.

من المنظور الليبرالى المنادى بالمساواة، نقطة الانطلاق الأساسية هى ضرورة مستوى جوهرى من الصحة لازدهار حياة البشر. قدرتنا على التعلم، والعمل، وتحقيق طاقتنا الكامنة، والتمتع بالحياة يعتمد جزئيًا بوضوح على صحتنا. ومن ثم، المجتمع العادل والشريف يجب أن يوفر أموالاً كافية لضمان أن كل فرد يمتلك القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية التى يحتاجونها لتخفيف المعاناة وبلوغ مستوى وظيفى معين. يجب أن تقبل الحكومات مسئولية حشد وتعبئة الأموال الضرورية حتى يمتلك كل مواطن - غنى أو فقير - مستوى ملائم من الرعاية الصحية.

بالطبع، نحن ندرك أن هناك وجهات نظر أخرى. على سبيل المثال، أنصار النفعية الوضعية لا يؤمنون بأن المواطنين يمتلكون حقوقًا فى الرعاية الصحية، أو فى أى شىء آخر. البلد الذى يجرى على مبادئ النفعية الوضعية. يستطيع بشكل افتراضى تقرير أن الازدهار المتقدم حقًا هو تعظيم النمو الاقتصادى إلى الحد الأقصى. القدرة المتساوية للوصول إلى الرعاية الصحية، والوضع الصحى المتساوى لن يكونا أولوية.

وكما ناقشنا فى الفصلين الثالث والخامس (عن الأخلاقيات ومعايير الأداء) لكل أمة قرارات خطيرة لتتصرف فى موقفها الخاص من الإنصاف. موقفنا هو أن من غير الممكن تطوير استراتيجية متماسكة للتمويل، وتخصيص الموارد، دون الاشتباك مع قضايا الإنصاف مباشرة. تركيز المجتمع الدولى الأخير حول تخفيض الفقر لا يقدم مجموعة جديدة من الضغوط والفرص داخل عمليات اتخاذ القرار فى كل أمة. ولكن إصلاح القطاع الصحى لا يستطيع ولا يجب أن يتفادى مواجهة هذه القضية بوضوح.

الملخص

باختصار، نحن نؤمن أن كل أمة تهتم بإصلاح القطاع الصحى يجب أن تجرى مراجعة منهجية للطريقة التى يمول بها النظام الصحى، وتجهز استراتيجية متماسكة وواقعية تطرحها للمداولة العلنية. سوف تستخدم الاستراتيجية لا محالة مزيجًا من أساليب التمويل لحشد وتعبئة الأموال من مختلف فئات السكان. فى رأينا، يجب أن تأخذ الاستراتيجية فى حسبانها الاستنتاجات المستخلصة من الخبرات الدولية السابقة، التى راجعناها أعلاه، لو أن لمجتمع ما أن يصوغ إنصافًا لحق الوصول إلى الخدمة، وتخصيص للموارد يراعى العلاقة بين التكلفة والفعالية من أجل تحسين الوضع الصحى.

وكما سوف نرى فى الفصول اللاحقة، نحتاج إلى بذل جهود تكميلية هامة فى طريقة الدفع، والتنظيم، ووضع اللوائح التنظيمية، والسلوك لو أن لأية استراتيجية تمويل رغبة فى النجاح. ولنطرحها ببساطة، تحصيل مزيد من الأموال وحده لن يضمن أنها سوف تنفق بشكل جيد، وليس مفيدًا جدًّا أن نركز على تحصيل الأموال دون أن ننتبه أيضًا إلى كيفية أداء نظام تقديم الخدمة لوظيفته.

فى النهاية، تحتاج الأمم وقادتها السياسيون وخبراؤها الفنيون إلى أن يكونوا واقعيون فيما يخص وضعهم المالى. وكما صرحنا أوليًا، كل الموارد تأتى من مكان ما، وكلها له "تكلفة فرصة". القيادة الشريفة فقط تستطيع معاونة الأمم فى مواجهة الاختيارات الصعبة، التى تفرضها حقيقة الموارد المحدودة علينا كلنا. الوعود الغير واقعية، أو السعى الطائش للمكاسب التى تحقق مصالح الجماعات، سوف تحصد فقط ثمار النزاع طويل الأمد، ووهم المواطنين.

٨

طريقة الدفع

زر التحكم الثانى من الأزرار الخمس هو نظام الدفع. فى الفصل السابق، ناقشنا طرق تحصيل الأموال. الآن علينا أن نناقش كيف يتم دفع هذه الأموال. كل الهيئات التى تقوم بتحريك الأموال لصالح القطاع الصحى (الحكومات، مخططات التأمين الاجتماعى والخاص، ومخططات التمويل المجتمعى المحلى) عليها أن تقرر أى المنظمات التى تدفع لها، وتدفع لها مقابل ماذا، وكم تدفع لها. هذه القرارات تخلق حوافز قوية تؤثر على أفعال كل المنظمات والأفراد فى نظام الرعاية الصحية. فى هذا الفصل، نحن نتفحص الحوافز التى تخلقها خطط الدفع لكل من الشارى، والبائع وكيف يمكن ضبط هذه الحوافز لتوسيع أهداف إصلاح القطاع الصحى؟.

تظهر الشواهد التجريبية على الدوام أن الحوافز المالية هى من بين أهم العوامل التى تمارس نفوذًا على السلوك الفردى وسلوك الهيئات فى القطاع الصحى (كطلر وزكهاوزر ٢٠٠٠). وعلى عكس اللوائح التنظيمية، التى تعتمد على قوة الدولة لإرغام الأفراد على إتباع القواعد من خلال "عصا" التهديد بالعقوبات، تعتمد الحوافز المالية على "الجزرة" للمكافأة المالية لتحث على تغيير السلوك.

تمتلك هذه الحوافز العديد من التأثيرات على نظام الرعاية الصحية. فهى تؤثر على كل من كم، ونوعية الخدمة. ادفع أكثر للتكنولوجيا الجديدة، ولسوف تهرع المستشفيات للحصول على أجهزة الرنين المغناطيسى. ادفع أكثر للمستشفيات لكل يوم يقضيه المريض أكثر فى المستشفى، ولسوف يرتفع معدل الإقامة فى

المستشفى. ادفع أكثر للعمليات القيصرية، ولسوف يرتفع معدلها وينخفض معدل الولادات الطبيعية. ضع أجر الأطباء كمرتب، ولسوف يناظرون مرضى أقل. وادفع لهم أكثر مع كل زيارة، ولسوف تراهم يناظرون مرضى أكثر. فعليًا، كما سوف نناقشه فى الفصل العاشر عن التنظيم، تمتلك طريقة الدفع أثرًا واسعًا على أى نوعية من مقدمى الخدمة يتواجدون بالنظام. وتمتلك أيضًا أثرًا مباشرًا على تكلفة النظام الصحى، حيث إن الإنفاق الكلى للرعاية الصحية، هو ثمن كل وحدة من الخدمة مضروبا فى حجم الخدمة مجموعًا على مستوى البلاد كلها.

لا تؤثر طريقة الدفع على تنظيم نظام الرعاية الصحية، ولكن العكس هو أيضًا صحيح – التنظيم يؤثر على اختيارات الدفع. مثلاً، عندما تمتلك الهيئات الممولة (الحكومات أو الخطط التأمينية) مباشرة مقدمى الخدمة (المستشفيات والعيادات)، يرتبط ذلك بأساليب معينة من الدفع، مثل ميزانية شاملة للمستشفيات، أو تعيين أطباء مقابل مرتبات شهرية. وعندما تكون المؤسسات الممولة ومقدمى الخدمة مستقلون، ويتعامل كل منهم مع الآخر رأسًا برأس، فمن ثم يرتبط ذلك بأساليب أخرى من الدفع، مثل رسوم مقابل الخدمة أو مقابل موحد لكل مشكلة صحية بعينها.

مناقشتنا خلال هذا الفصل تدرك الطبيعة السياسية المكثفة لقرارات سياسات الدفع – بدقة لأنها تمتلك مثل هذا التأثير القوى. والصراع الناتج سوف يكون صداعًا دائمًا. فور اختيار طريقة دفع معينة، مستوى الدفع يجب تقريره وضبطه ليعكس معدل التضخم، والتغيرات فى تكلفة إنتاج الخدمة، وضغوط الميزانية، والعوامل الأخرى. يصبح تقرير مثل هذه المستويات نمطيًا أمرًا مثار حوار بين المشترى، والبائع. يريد مقدمو الخدمة المقدار المدفوع أعلى ما يمكن – لزيادة دخولهم. القائمون بالدفع، من الناحية الأخرى، يريدون مستويات دفع أقل ما يمكن لتقليل نفقاتهم.

هذا الفصل المخصص لزر التحكم فى طريقة الدفع مقسم إلى خمسة أقسام. أولا وباختصار نشرح كيف تؤثر الحوافز المالية على أداء نظام الرعاية الصحية. القسم الثانى يناقش عوامل الأزرار الأربع الأخرى التى يجب مراعاتها عند التخطيط لنظام الدفع. ثم نصف ونحلل أساليب الدفع الرئيسية. وفى الأخير نقدم لرجال الإصلاح بعض الدلائل الاسترشادية الشرطية، حول أى أسلوب دفع يستخدمونه.

أثر نظام الدفع على المخرجات

تعتمد الآثار التحفيزية لنظام الدفع جزئيًا على ما يسميه الاقتصاديون "الأخطار الأخلاقية"، على كلٍ من جوانب العرض والطلب (آرو ١٩٦٣، ماكجواير وباولى ١٩٩١). مثلاً، من على جانب الطلب، لو لم يجد المريض نفسه مطالبًا بدفع مقابل للخدمات الصحية، بالتأكيد سوف يطلب كمية أعظم من الخدمات. يؤثر السعر الذى يدفعه المريض أيضًا على المكان الذى يطلب منه الخدمة والتوقيت الذى يطلب فيه الخدمة. حتى فى حالة عدم وجود بدلاء من مقدمى الخدمة، رسوم العلاج العالية قد تؤدى بالمريض إلى تجنب الأطباء، ومحاولته علاج الأمراض الصغيرة بنفسه.

من على جانب العرض، يحفز نظام الدفع ردود أفعال مركبة من الأطباء والمستشفيات. حوافز طريقة الدفع قد تحث الأطباء على تغيير العدد الكلى لساعات العمل وعدد المرضى الذين يتم علاجهم فى الساعة، فى المكان الذى يعملون به (فى القطاع العام، وفى القطاع الخاص، أو فى كليهما) وحتى طريقة علاج مريض بعينه نفسها (إجراء جراحة أم لا مثلاً). طريقة الدفع تؤثر أيضًا على مسلك المستشفى. من المعروف أن المستشفيات تطيل أو تقصر من طول الإقامة بها، ومعدلات قبول المرضى، وكمية الخدمات التى يقدمونها استجابة للتغيرات فى طريقة الدفع.

تأثير طريقة الدفع على حجم الرعاية يحدث لأن الأطباء يستطيعون تحفيز الطلب على خدماتهم. ولأن معرفتهم الطبية أكثر تفوقا بمراحل بعيدة عن معارف المرضى الطبية، يستطيع الأطباء إيجابيًا أو سلبيًا تغيير درجة استخدام خدمات الرعاية الصحية عن طريق نصح المرضى بموعد زيارتهم التالية للاستشارة، وبأى عقاقير يتناولونها، وأى متخصصين يذهبون إليهم، وأى اختبارات معملية أو تدخلات جراحية مطلوبة لهم. يستطيع مقدمو الخدمة استعمال هذه السلطة لزيادة دخلهم، وتحسين موقفهم المهنى، وتخفيض عبء العمل عن كاهلهم، أو ما يناسب مصالحهم - مع أخذ طريقة الدفع فى الاعتبار.

التغييرات التى تخلقها طريقة الدفع فى سلوك كل من البائعين، والمشترين تمتلك تأثيرًا على كل من معايير قياس الأداء الوسيطة، وأهداف الأداء التى ناقشناها فى الفصل الخامس والسادس. مثلاً، السعر الذى يدفعه المرضى يؤثر على حجم الخدمات التى يستخدمونها. وهذا بدوره يؤثر على حالتهم الصحية. وهذا أحد الأسباب التى تجعل الفقراء فى البلدان التى يجب إن يدفع المرضى من جيوبهم الشخصية مباشرة ثمنا للرعاية الصحية غالبًا ما تكون حالتهم الصحية أسوأ - لأنهم لا يستطيعون تحمل تكاليف الرعاية الصحية المطلوبة لهم. وبشكل بديل، لو الرعاية مجانية، قد يطلب المرضى عقاقير أو علاج لا تتحقق فيها علاقة إيجابية بين التكلفة والفاعلية. هنا، إشباع مطالب المرضى يخفض الكفاءة الفنية، ويرفع من تكلفة الرعاية الصحية. وقد يصبح الجمهور أيضًا أقل رضا من النظام الصحى عندما يكون على نحو خاص عالى التكلفة. وهكذا، هناك صلات عديدة بين طريقة الدفع، وأداء القطاع الصحى.

أثر طريقة الدفع على جودة الرعاية من الممكن أن يكون أثرًا عميقًا بشكل متساو. لو أننا نعرف الجودة بوصفها "كمية الرعاية" (انظر الفصل السادس)، فمن ثم نظم الدفع، مثل رسم مقابل الخدمة، سوف تزيد من الكمية ومن هنا الجودة.

وبالعكس. دفع رسم ثابت للمستشفى نظير كل دخول مريض سوف يؤدى بالمستشفيات إلى إخراج المرضى "أسرع وأقل شفاء". استخدام طريقة الدفع للتأثير على الجودة الإكلينيكية (المهارة والرأى)، أو على جودة الخدمة (الإقامة، والراحة، والرعاية) أكثر صعوبة. المعرفة الطبية محدودة عموما، وتطبيقها على حالة بعينها فى الغالب ليست مؤكدة – حيث إن المرضى تتنوع استجاباتهم لأى علاج معين. هذا يجعل الأمر صعبا، أن تدفع مقابل جودة مبنية على أساس اتخاذ قرارات أو نتائج. بل أكثر من ذلك، جودة الخدمة لها أبعاد متعددة بشكل عالٍ. والأهمية النسبية لأى جانب من جوانبها، كما يحكم عليه من خلال رأى المرضى أنفسهم، على الأرجح سوف يتباين من شخص لشخص. وهكذا، رغم كل المناقشات الدائرة حول ربط طريقة الدفع بجودة الخدمة، لا تزال مثل هذه الممارسة فى طفولتها المبكرة.

أسعار الدفع المختلفة للقائمين على شراء الخدمة قد يكون لها آثار ملموسة على حق وصول المرضى للرعاية الصحية. مثلاً، بعض البلدان لديها مخططات تأمينية مختلفة تدفع مبالغ مختلفة مقابل نفس الخدمات. فمن ثم يصبح لدى مقدمى الخدمة أسبابًا معقولة لعدم تقديم الخدمات للمرضى الذين تغطيهم خطط تأمينية تدفع مقابل أقل. فى البلدان التى يمتلك فيها الأطباء الحكوميون عيادات خاصة، فهم نمطيًا يحددون لأنفسهم أسعارًا أعلى، لا تستطيع الأسر المنخفضة الدخل تحملها. وهذا أيضًا قد يخلق اختلافات عميقة فى حق الوصول إلى الخدمة الصحية – حتى التى تقدمها المستشفيات العمومية – عندما يمنح الأطباء الحكوميون معاملة تفضيلية لمرضى عياداتهم الخاصة.

حق الوصول إلى الرعاية يخضع بشدة لتأثير الأسعار النسبية المدفوعة مقابل الخدمات المختلفة. لو أن بعض الخدمات أكثر ربحية من الأخرى (أسعار عالية نسبة للتكلفة)، سوف تتوافر على الأرجح هذه الخدمات المربحة. لو أن التسعير الموحد للخدمة/فرد بالنسبة لبعض المرضى كان أعلى (منسوبًا إلى التكلفة)

من بعض المرضى الآخرين، قد يجد المرضى الغير مربحين مشقة فى الوصول إلى الأطباء حتى يقبلونهم كمرضى لهم – وهى تجربة شائعة للنساء الفقيرات اللائى يغطيهن تأمين الميديكيد الصحى فى الولايات المتحدة، ونساء أقلية الروما فى بلغاريا. دراسة رد فعل الأطباء الألمان على تغيرات الأسعار تظهر أن الربحية ليست هى العامل الوحيد فى تحديد رد فعلهم. الخطر الذى يتعرض له المريض يهم هؤلاء الأطباء أيضا – مما يعكس التقاطع بين العوامل الاقتصادية مع القيم والمبادئ المهنية للأطباء. ولكن أثر التحفيز بالأسعار النسبية واضح أيضا فى هذه الدراسة (ماتيكه ٢٠٠١).

فى الإجمال، مستويات الدفع والأسعار تعطى إشارات حاسمة لكل من المستهلك ومقدم الخدمة. على جانب العرض، يؤثر الدفع على الطريقة التى يدخل بها العديد من مقدمى الخدمة إلى السوق والطريقة التى يتم بها إنتاج الخدمات. على جانب الطلب، يقرر المرضى ما يشترونه وكم يستهلكونه، على أساس المبالغ التى يجب أن يدفعوها مقابل الخدمة. طريقة الدفع هى آلية رئيسية لترشيد استخدام الموارد الاقتصادية النادرة – فهى تقرر قدر إنتاج وتوزيع واستهلاك الخدمات الصحية، واستخدام الدواء، ونمط الاستثمار الرأسمالى. طريقة الدفع وحوافزها تلعب هكذا دورًا حاسمًا فى تقرير أداء النظام الصحى.

قرارات وضع التصميمات

عند وضع تصميم لنظام الدفع، يجب أن يضع القائمون على الإصلاح الصحى نصب أعينهم الآثار القوية للحوافز على سلوك كل من المشترى، والبائع. يجب الانتباه لكل من توزيع المكافآت المالية، ومستويات تحمل المخاطر. تصحيح مستويات الدفع النسبية يجب أن يكون محل اهتمام دائم. فى هذا القسم، نوجه الاهتمام إلى القرارات الأساسية التى يجب اتخاذها عند تصميم نظام للدفع.

أساليب الدفع

السؤال الأول عند تصميم نظام الدفع هى أى أسلوب دفع نستخدمه. لكل أسلوب دفع وحدة نشاط مرتبطة به يستخدمها الأسلوب، كما يظهر بالجدول ٩,١. كيف نختار وحدة النشاط الخاصة بالدفع، بحيث يؤثر على عرض وكفاءة وجودة الخدمات الصحية؟. مثلاً، عندما نجمع معًا خدمات مثل التحاليل، والأدوية، والإجراءات المتبعة مع مرض معين فى حزمة واحدة مقابل وحدة دفع واحدة (لكل فرد يسجل دخول فى المستشفى، أو لكل يوم إقامة)، يصبح لدى المستشفى سببًا لتقديم خدمات أقل. وهذا قد يقلل التكلفة، ولكن هناك أيضًا خطر أن بعض الخدمات لا تقدم بالقدر السليم.

ثمانية خيارات لأساليب الدفع، ووحدة الخدمة المرتبطة بها يلخصها الجدول ٩,١. الحوافز الناتجة عن كل أسلوب دفع وأثرها نعرضها أدناه.

جدول ٩,١. أساليب الدفع للأطباء والمستشفيات

أسلوب الدفع	وحدة الدفع	الأطباء والفنيين الصحيين الآخرون	المستشفيات والمؤسسات الصحية الأخرى
رسم مقابل الخدمة	وحدة الخدمة	×	×
المرتب	فترة زمنية	×	
المرتب زائد مكافأة إضافية	فترة زمنية مع الأداء	×	
سعر موحد/فرد	الأشخاص المسجلون	×	×
إقامة/يوم	يوم إقامة بالمستشفى		×
لكل حالة دخول بالمستشفى	تسجيل دخول لفرد		×
دخول مع تصنيف الحالات	الدخول مصنف حسب الشريحة المرضية		×
حسب بند الميزانية	بند الميزانية		×
ميزانية شاملة	أوجه الإنفاق بالمستشفى		×

أسعار الدفع

فور اختيار أسلوب من أساليب الدفع، المهمة التالية هى تحديد سعر أو مستوى الدفع. آثار مخططات الدفع على أداء القطاع الصحى، تتأثر بشدة بواسطة الطريقة التى يتم تحديد سعر الدفع بها. قد تؤدى الأسعار العالية للدفع إلى تكلفة ودخول وأرباح عالية. الأسعار المنخفضة قد تحبط العرض أو تنسف الجودة. معظم البلدان، بعد تأمل صعوبة وتعقيد نظم التمويل والدفع الفعلية، تستخدم هذه البلدان مزيجًا من مقاربات عدة لتحديد الأسعار. تختار البلدان نمطيًا بين خمسة أساليب فنية أساسية: رسوم، تكلفة، ممارسات سابقة، تفاوض، ومناقصات. فى الممارسة العملية، تعكس تلك القرارات كل من اعتبارات سياسية وفنية.

الأسلوب الأبسط فنيًا والأكثر وضوحًا هو أن تدفع لمقدم الخدمة طبقًا "لرسوم" متفق عليها مسبقًا، حيث إن مراقبة ذلك ميسورة نمطيًا. موقف الاقتصاديين يقول إنه فى حالة الأسواق التنافسية، سوف تعكس هذه الرسوم تكلفة إنتاج الخدمة. أكثر من ذلك، سوف تجبر المنافسة مقدمى الخدمة على الاحتفاظ بتكلفتهم أقل ما يمكن. ولكن حيث إن معظم أسواق الرعاية ليست أسواقًا تنافسية على نحو خاص وتعانى من انهيارات متنوعة، هذه المواقف التى تنادى بذلك ليست اضطرارية بشكل خاص. ولهذا السبب، معظم الحكومات أو معظم الصناديق التأمينية الكبرى لا تبنى طريقة الدفع على أساس أسلوب الرسوم. إلا أنه فى بعض الحالات، صناديق التأمين الخاصة تدفع رسوما – ربما لأنها تفتقد إلى القدرة الفنية أو القوة الاقتصادية لتفعل غير ذلك. أكثر من ذلك، دفع الرسوم يسمح لهم بتخفيض النزاعات مع طائفة مقدمى الخدمة.

عندما يدفع مشترو الخدمة الرسوم، فلديهم اختيار حول إذا ما كانوا يستخدمون سعرًا لكل طبيب أو مستشفى على حدا، أو يستخدمون رقمًا موحدًا لكل منطقة جغرافية. مثلاً، نظام الميديكير الأمريكى بدأ باستخدام السعر "المعتاد

والاستهلاكى" بالنسبة لخدمات الأطباء فى كل منطقة. فعليًا يستطيع المشترون حتى استخدام سعرًا أقل من متوسط سعر السوق – على أمل احتواء التكلفة. وهى الطريقة التى تقوم عليها نظم الدفع القومية لشركات الدواء، نظام التسعير المرجعى كما يسمى. المثل الصارخ على ذلك هى نيوزلندا، التى تستخدم أقل سعر متاح لكل مجموعة من الأدوية (وودفلد ٢٠٠١).

البديل الواضح لأسلوب الرسوم، المصمم للمساعدة على تجنب أرباح مقدمى الخدمة الباهظة، هى أن تضع أسعار الدفع على أساس "تكلفة" كل خدمة. هنا مرة أخرى، يوجد اختيار بين استخدام التكلفة الخاصة بكل مقدم خدمة، وبعض أنواع المتوسطات للأقاليم أو المجموعات.

أكبر اعتراضين على نظام الدفع بناءً على التكلفة هما صعوباته الفنية وأثره التحفيزى. يقدم الأطباء والمستشفيات مجموعة واسعة من الخدمات، والمشاكل المحاسبية المرتبطة بذلك هى تحديد تكاليف كل خدمة وهى مشاكل هائلة. يتطلب نظام الدفع القائم على التكلفة، نموذجيًا، نظم محاسبية موحدة فى كل مستشفى، إضافة إلى قواعد موحدة لتصنيف الأنشطة العلاجية والحالات المرضية. قليل من المستشفيات فى البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل لديها نظام البيانات المعقد والعالى التكلفة هذا.

من زاوية نظر الحوافز، نظام الدفع بناءً على التكلفة هو أيضًا مشكلة، حيث إن مقدمى الخدمة الأقل كفاءة، والذين لديهم تكلفة أعلى يتسلمون مستحقات أكبر. وهذا يخلق حافزًا قويًا لزيادة التكلفة. غالبًا ما تحاول النظم القائمة على التكلفة تقليص هذه الاحتمالية بواسطة دفع تكاليف "معقولة" فقط – مثلاً، باستخدام بعض أنواع متوسطات الأقاليم، أو المجموعات (زائد درجة مسموح بها من التباين) كسقف لما تدفعه.

وحيث إن تحديد التكلفة على هذه الدرجة من الصعوبة، ولتقليل الحافز على زيادة التكلفة، تستخدم الأمم التكلفة فى سنة ما كأساس يتم تعديله سنويًا بواسطة معامل تضخم. فعليًا، يمكن الاحتفاظ بهذا المعامل أقل من معدل التضخم العام بغرض السيطرة على التكلفة (كما يفعلون فى كندا استراليا بشكل دورى).

طريقة أخرى لاحتواء التكلفة هو وضع معدلات تكلفة بشكل متوقع – وهكذا لا يغطى سداد المستحقات بالضرورة كل التكلفة الفعلية الجارية. وهذا يعطى الحكومات قدرة أعلى على تقدير المستحقات، ويخفض الحافز لدى مقدم الخدمة حتى لا يكون أقل كفاءة – خصوصًا إذا ما كانت "التكلفة" المستخدمة هى متوسط أقليمى أو متوسط جماعة ما. وبالعكس، إذا ما أصبحت تكلفة هذا العام هى أساس أسعار العام التالى، سوف يعرف مقدمو الخدمة أنهم سوف يستردون تكلفتهم فعليًا، مع أجل لمدة عام أو عامين.

ثالث المقاربات الكبرى للتسعير هى "الممارسة السابقة" (وهى أيضًا يتم تعديلها نمطيًا ببعض معاملات التعديل السنوية). مرة أخرى، هى طريقة سهلة الاستخدام نسبيًا. ولكن تأثيراتها التحفيزية والدافعة لإعادة التوزيع تعتمد بشكل حاسم على الطريقة التى تتحدد بها سنة الأساس. مثلاً، لو تحددت سنة الأساس بناءً على تاريخ التكلفة، فالمستشفيات عديمة الكفاءة يتم تعويضها تاريخيًا رغم أداءها السيئ سابقًا. مثل هذه المقاربة أيضًا تفتقر إلى الاستجابة على التغيير فى التكلفة، والتكنولوجيا المستخدمة، ومعدل الاستخدام، ومطالب المستهلكين. تستخدم هذه المقاربة على الأغلب فى اتصال بنظم الميزانية المتنوعة، حيث تستمد مخصصات السنة الجارية بطريقة آلية من مستحقات السنوات السابقة عليها.

فى الأساليب الثلاث التى ناقشناها بهذا القدر، نجد أن عملية التسعير نسبيًا عملية ميكانيكية. الاختياران الآخران، على النقيض، أكثر تفاعلية ويخضعا لسير الأمور. فهما قابلان للتنفيذ فى سياق مقاربات التعاقد للدفع مقابل الخدمة – كما سوف

نناقشه فى الفصل العاشر. أولاً، بعض الممولين الكبار والذين يمتلكون قدرات تقنية متقدمة يستخدمون "التفاوض" من أجل تحديد الأسعار. قد تقع مثل هذه المحادثات مع مقدمى الخدمة الأفراد، أو كما فى حالة ألمانيا واليابان، بين المشترين والجمعيات الطبية وأصحاب المصلحة الآخرين الأساسيين – وهى الحالة التى يتصرف فيها البائعون ككارتل فى الواقع. لتجنب مثل هذه الحالة الطارئة، سوف يحاول المشترون غالبًا التعامل مع مقدمى الخدمة الذين يعرضون التكلفة المنخفضة لتحديد الأسعار التى يستطيعون استخدامها كمقياس فى المفاوضات التالية.

بديل التفاوض هو استخدام أسلوب "المناقصات التنافسية"، وهو أسلوب تفاعلى أيضًا. بينما من الممكن من الناحية النظرية أن تؤدى المناقصات التنافسية إلى أسعار أقرب ما تكون إلى التكلفة الفعلية للداخلين فيها، غالبًا ما يعارض مقدمو الخدمة بشدة هذه المقاربة لأن أقلهم كفاءة سوف يخسرون. أكثر من ذلك، قد لا ينتج عن المناقصات التنافسية نتائج مرضية إذا لم يتم تخطيط العملية جيدًا وإذا لم تقدم معلومات وافية لكل الداخلين ضمنيًا فى المناقصة. بل وأكثر من ذلك، عندما تدير الحكومات مناقصة تنافسية، قد تتدخل السياسة حينما يدير البائعون العملية لمصلحتهم الخاصة.

نتيجة لهذه المصاعب، تحاول العديد من الأمم إيجاد نظم دفع تتطلب منهم تحديد عدد أقل من الأسعار. وعلى الأخص، العديد منهم ابتعد عن أسلوب الدفع بالرسوم مقابل الخدمة بسبب العدد الهائل من بنود الخدمات المتميزة. على سبيل المثال، برامج التأمين فى الولايات المتحدة تعترف رسميًا بأكثر من ٩٠٠٠ بند خدمة يدفع مقابل لها (AMA 1994). وفى المقابل، أساليب الدفع لكل فرد مقابل خدمات الطبيب ولكل حالة علاج داخل المستشفى تتطلب عدد أقل من الأسعار التى يجب تحديدها.

مشكلة التسعير تصبح أكثر تعقيدًا لصعوبة إيجاد أساس موضوعى لتسوية الخلافات التى لا يمكن تفاديها. يدافع الاقتصاديون نمطيًا عن منطق يقول بأن مستوى الدفع الصحيح للأطباء، على سبيل المثال، هو المستوى الذى يتوازن فيه العرض مع الطلب. ولكن لأن أسواق الرعاية الصحية على هذه الدرجة من عدم الاكتمال، من الصعب تطبيق هذه النظرية فى الممارسة العملية. انظر مثلاً حالة البلدان التى لديها فائض من الأطباء – غالبًا لأن دراسة الطب مجانية. وضع أسعار السوق الحر فيها من المرجح أن ينتهى إلى انخفاض فى دخول الأطباء وهو الأمر الذى لن يقبله مجتمع مقدمى الخدمة.

أحد الخيارات هو أن تدع قضية التسعير فى أيدى هيئة مستقلة ذاتيًا، معزولة عن النفوذ السياسى بأكثر ما يمكن. وحتى رغم ذلك سوف تظل السياسة تقريبًا تلعب دائمًا دورًا هامًا فى ذلك. ومن هنا، نصيحتنا للقائمين على الإصلاح الصحى، هى التفكير فى قضايا التنفيذ والسياسة "قبل" اختيار الخطة. هل سوف يكون لديك المهارات الفنية، والدعم السياسى لتنفيذ خطط الدفع المقترحة؟ على المدى الطويل، من الصعب استخدام أسلوب حوله نزاع وجدل سياسى لأن الأطراف صاحبة المصلحة سوف تعمل على قلب طريقة تشغيله.

أساليب الدفع وحوافز مقدم الخدمة

فى هذا القسم، نفحص هياكل التحفيز التى تخلقها نظم الدفع بالنسبة لمقدم الخدمة والمرضى. نعرض كل أسلوب دفع من الشائع استخدامه فى أنحاء العالم ونلخص كيف يؤثر كل أسلوب على سلوك هيئات مقدمى الخدمة والعاملين فى مجال الصحة. سوف نفحص كيف يؤثر كل أسلوب على الكفاءة الفنية وجودة الخدمات الصحية، ونلخص الشواهد التجريبية الحديثة على قوة هذه الحوافز. فى القسم التالى، سوف نفعل نفس الشىء بالنسبة للحوافز المالية، التى تؤثر على المرضى.

نحلل هيكل الحوافز بالنسبة لأساليب الدفع الثمانية فى الجدول رقم ٩,١ أعلاه. فى الممارسة العملية، نادرا ما تستخدم المجتمعات أسلوبًا واحدا للدفع. بدلا من ذلك، يمتزج شكلان أو أكثر ويتم تفصيلهم ليتناسبوا مع وضع معين ومع متطلبات نظام رعاية صحية بعينه.

فى مناقشتنا، يجب أن نضع فى بالنا كيف تخلق نظم الدفع، وتعمم أشكال مختلفة من المخاطر المالية بين الممولين، ومقدمى الخدمات. مثلاً، لو أننا ندفع للأطباء مقابل الفرد (رسم ثابت على كل مريض مسجل)، يتحمل الأطباء مخاطر لو أن المرض أكثر استفحالاً مما كان متوقعا من قبل. وعلى النقيض، إذا ما كان الدفع للطبيب بناءً على رسم مقابل الخدمة فالذى يتحمل المخاطرة هو مشترى الخدمة.

أساليب الدفع بالنسبة للأطباء والمهنيين الصحيين الآخرين

طوال العقد الماضى، ظهر اهتمام متنامى بدور الحوافز المالية فى هيئات الرعاية الصحية. مدراء الرعاية الصحية، مستلهمين الصناعات الأخرى، وضعوا خطط للحوافز المالية من أجل تحفيز سلوك تقليل التكلفة على نحو أكبر عند الأطباء. (ومع ذلك غالبًا ما سارت هذه الحوافز المالية فى اتجاه يعاكس القيود والموانع المهنية والقانونية الأخرى). أبحاث الخدمات الصحية ونظريات التنظيم الإدارى الأخيرة قد سلطت الضوء على أهمية ثلاث عوامل عند تصميم خطط لمثل هذه الحوافز: كونها قريبة، ومدى شدتها وتفاعلاتها (هارشبارجر ١٩٩٩).

"القرب" يشير إلى قدر الصلة المباشرة بين قرار الطبيب بالنسبة لمريضه وبين المكافأة الاقتصادية. أسلوب دفع مبلغ مالى على الرأس، مثلاً، هو هيكل للتحفيز، صلة القرب فيه عالية جدًا. دخل الأطباء مرتبط مباشرة بممارستهم الطبية. "الشدة" تمثل حجم الحافز أمام الطبيب الفرد. مثلاً، كلما كان مدى الخدمات

المتضمنة فى أسلوب دفع مبلغ على الرأس أكثر اتساعًا ، كلما كان الحد الأقصى من الخسارة أو المكسب بالنسبة للطبيب أعظم. (بيرسون وآخرون ١٩٩٨). العامل الأخير، "التفاعلات"، يشير إلى ديناميكية السلوك بين الأطباء. إلى أى مدى يعتمد ما أتلقاه من مدفوعات على القرارت الأخرى؟.

رسم مقابل الخدمة

فى هذا النظام، وحدة الدفع تتكون من الزيارة، أو التدخل الطبى الفردى مثل الحقن، الاختبار المعملى، فيلم الأشعة العادية. أسلوب الدفع هذا يعطى مقدم الخدمة حافزا لتقديم مزيد من الخدمات. وهذا هو الشكل الوحيد من الدفع الذى لا يمتلك فى ظله مقدم الخدمة أى حافز لانتقاء مرضى أخف مرضا. فى الواقع، العكس هو ما يحدث. فى ظل رسم مقابل الخدمة، لا يتحمل مقدم الخدمة أى مخاطر فى تكلفة العلاج. القائم بالدفع، التأمين الصحى، أو المريض الفرد هو الذى يتحمل بالكامل مخاطر تكلفة الرعاية. نظريًا، المرضى والأطراف الأخرى التى تقوم بالدفع تمتلك حقًا منطقيًا فى أن تطالب بحاجتها لخدمات إضافية وأن تتفاوض على تقليل ما تدفعه. فى الواقع، نادرًا ما يستطيع المرضى، والطرف الثالث التفاوض بشكل فعال بسبب سطوة الأطباء المهنية.

اكتشفت الدراسات فى العديد من البلدان، المتقدمة والنامية على السواء، أن نظام الدفع برسم مقابل الخدمة يروج للاستخدام الزائد للخدمات، ولزيادة فى التكلفة (بارنوم وآخرون ١٩٩٥). فى مقارنة لاستخدام الموارد فى ظل نظامين للدفع لمقدم الخدمة (رسم مقابل الخدمة أو مبلغ لكل رأس) فى تايلاند، اكتشف يب وآخرون (٢٠٠١) اختلافًا ملموسًا فى متوسط طول فترة الإقامة بالمستشفى، ونفقات الدواء فى كل إقامة، وتكلفة الاختبارات المعملية لكل حالة. بنظام الدفع رسم مقابل الخدمة، يتعاظم استخدام مقدمى الخدمة للموارد بشكل منتظم ثابت.

اكتشفت دراسة فى الولايات المتحدة (كراولسكى وآخرون ٢٠٠٠) نتائج مماثلة. أصبحت التكلفة أقل فى ظل نظام الدفع على الرأس لممارسات المجموعات الطبية مما كانت عليه مع نظام الدفع برسم مقابل الخدمة.

على الرغم من أن كل من النظرية والشواهد تشير إلى أثر التكلفة المتزايدة لنظام الدفع بالرسم مقابل الخدمة، ما زالت أوسع الأساليب المستخدمة فى البلدان النامية هى الدفع لمستشفيات القطاع الخاص، وعيادات الأطباء الخاصة، هى الرسم مقابل الخدمة. ويمكن تفسير ذلك بحقيقة أن معظم الحكومات فى بلدان العالم النامى قد اتخذت موقف إهمال حميد لمقدمى الخدمة من القطاع الخاص. وهكذا، أسس مقدمو الخدمة لأنفسهم مستوى ووحدة الدفع، واختاروا نظام الدفع برسم مقابل الخدمة، حيث إنه الأسلوب الأسهل، والأكثر ربحية. والأكثر مرونة.

مبلغ موحد لكل رأس

فى ظل نظام مبلغ لكل رأس، وحدة الدفع يتم تحديدها على أساس كل فرد. نظام الدفع يتحدد بشكل ثابت، مقابل كل الخدمات التى قد يحتاجها الفرد أثناء فترة من الزمن، شهر أو سنة مثلا. أكثر أساليب الدفع مقابل الرأس شيوعًا هى سعر ثابت يدفع للممارس العام مقابل كل مريض مسجل لديه فى هذا الشهر، بغض النظر عن الخدمات المطلوبة، أو التى تم تقديمها للمريض. هذا السعر يختلف باختلاف عمر المريض أو نوعه (ذكر/أنثى) أو حالته الصحية. يستخدم هذا الأسلوب للدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية الأولية (للممارس العام)، ولخدمات الأخصائيين (عيادات تخصصية)، والمرضى المقيمين (للمستشفيات). ومن الممكن أيضًا جعل خدمات مستوى الرعاية الأولية، والأخصائى والإقامة بالمستشفيات فى حزمة واحدة تخضع لسعر واحد، مقابل كل رأس تدفع لجهة معينة تتحمل مسئولية كل هذه الخدمات.

أسلوب الدفع بسعر موحد مقابل كل رأس يضع كل المخاطرة المالية على عاتق مقدم الخدمة. تتنوع هذه المخاطر طبقا لشروط التعاقد النوعية والترتيبات التنظيمية الأخرى. على سبيل المثال، يتعاقد عديد من الخطط التأمينية فى كولومبيا مع الممارسين العامين مقابل خدمات الرعاية الصحية الأولية، ويدفعون لهم بأسلوب السعر الموحد على كل رأس. وفى المقابل، خطط التأمين الاجتماعى فى تايلاند تتعاقد مع المستشفيات؛ لتقديم كل الخدمات من الرعاية الأولية إلى خدمات الأخصائيين إلى الإقامة فى المستشفى، وتدفع لهم سعر موحد على كل رأس. وتقوم المستشفيات بدورها بالتعاقد مع الممارسين العامين، لتقديم خدمات الرعاية الأولية وتدفع لهم بأسلوب السعر الموحد لكل رأس. حوافز نظام الدفع مقابل كل رأس تتنوع بتنوع الخدمات الخاصة التى يتم تغطيتها. فى تايلاند، على سبيل المثال، تقدم المستشفيات حوافز لتقليص ليس فقط الرعاية الأولية والأدوية، ولكن أيضا الخدمات التشخيصية، وخدمات الأخصائيين، والإقامة بالمستشفى من أجل توفير سيولة مالية ومن أجل كسب فائض بنهاية السنة.

عديد من الدراسات تظهر كيف أن الحوافز فى ظل نظام الدفع مقابل كل رأس، قد أثرت على سلوك مقدمى الخدمة. قام ايفرسن وآخرون (عام ٢٠٠٠) بتقييم أثر نظام الدفع مقابل كل رأس على قرارات الإحالة الطبية للممارسين العامين فى النرويج. اكتشف الباحثون زيادة بلغت ٤٢% فى معدل الإحالة من الممارسين العامين إلى الأخصائيين، بعد أن أدخلت النرويج نظام دفع تجريبى جديد، يتعاقد فقط مع الممارس العام على تقديم خدمات الرعاية الأولية بنظام الدفع مقابل كل رأس. فى ظل هذا النظام، زادت مرات تحويل الممارسون العامون النرويجيون لمرضاهم إلى الأخصائيين، ليقللوا عدد مرات الزيارة للمرضى المسجلين لديهم، وليزداد عدد المرضى المسجلين لديهم. فى دارسة أخرى أحدث، بيتران (٢٠٠١)، وجد أنه كرد فعل على زيادة تكلفة الرعاية الصحية، ابتعدت خطط التأمين الاجتماعى الأرجنتينى من التقديم المباشر للخدمة، وتحولت إلى شراء

الخدمات الصحية بواسطة نظام الدفع مقابل كل رأس. بعد التحول إلى هذا النظام في ١٩٩٧، شهدت أحد الخطط التأمينية هبوطًا في عدد حالات الدخول إلى المستشفى لكل ١٠٠ منتفع من ٢,٨٣ في ١٩٩٧ إلى ٢,٦ في ١٩٩٨.

في ظل أسلوب الدفع مقابل كل رأس، قد يختار مقدم الخدمة القبول فقط بالشخص الصحيح والأشخاص المرضى بأقل مضاعفات مرضية ممكنة، وهي الممارسة المعروفة باسم "انتقاء المخاطر"، وذلك لتقليل تعرضهم للمخاطرة إلى الحد الأدنى (فرانك وآخرون ١٩٩٨). نيوهاوس (١٩٩٦) فحص خطط الرعاية المدبرة في الولايات المتحدة، واستخلص أن أسلوب الدفع بمبلغ لكل رأس شجع مقدمي الخدمة على أن يصبحوا أكثر كفاءة في استخدامهم للموارد، ولكن ذلك خلق أيضًا مشاكل عند انتقاء الأطباء للمخاطر.

المرتب

وحدة الدفع هذه تقوم على أساس فترة الوقت التي يمضيها الطبيب الموظف في العمل، بغض النظر عن عدد المرضى الذي يناظرهم أثناءها، أو حجم الخدمات المقدمة أو تكلفتها. الأطباء الذين يدفع لهم بأسلوب الأجر، يتحملون القليل من المخاطر المالية، ولكن الأجر قد يعدل من طريقتهم في اتخاذ القرار لتقليل الوقت والمجهود الذي يبذلونه في العمل إلى الحد الأدنى. في البلدان النامية، أصحاب العمل، وهي الحكومات غالبًا، تتحمل المخاطر المالية. وحتى تعظم من الكفاءة قد تطلب من الأطباء مناظرة عدد معين من المرضى في الساعة.

راجعت دراسة حديثة ٢٣ ورقة بحثية منشورة عن الدفع بأسلوب المرتب، وأثره على سلوك مقدم الخدمة في البلدان النامية (جوسدن وآخرون ١٩٩٩ و٢٠٠١). وجد الدارسون بعض الأدلة الموحية بأن أسلوب الدفع بواسطة المرتب

تجتمع به إنتاجية منخفضة، مقارنة بأسلوب الدفع برسم مقابل الخدمة، وأسلوب الدفع بمبلغ لكل رأس. وبشكل خاص، وجدوا ارتباطًا ما بين أسلوب الدفع بواسطة المرتب و(١) عدد منخفض للخدمات بالنسبة لكل مريض؛ و(٢) حجم منخفض من المرضى لكل طبيب؛ و(٣) زيارة أطول للمريض؛ و(٤) درجات أعلى من الرعاية الوقائية مقارنة بأسلوب الدفع برسم مقابل الخدمة. تشير الدلائل الأخرى إلى أن الدفع بطريقة المرتب لا ترفع من استجابة الأطباء: افتقاد الحوافز المالية يثبط حماستهم لاكتساب رضا المرضى وزملائهم الأطباء (هارشبارجر ١٩٩٩).

المرتب زائد المكافأة

ولأن نظام المرتب فقط يمتلك القليل جدًا من التحفيز على زيادة الإنتاجية، عديد من الهيئات التى تقدم الرعاية الصحية، التى تستخدم نظام المرتب تلحق به نظام للمكافآت المتنوعة. فى الصين، مثلاً، أطباء المستشفيات قد يتلقون مكافآت بناءً على عدد المرضى الذين ناظروهم، أو على العائد الذى يتسببون فى توليده لصالح المستشفى عن طريق تصرفاتهم فى كتابة الروشتات، أو طلب التحاليل المعملية. فى الولايات المتحدة، الخطط الصحية التى توظف أطباء لديها أنواع كثيرة من المكافآت بناءً على مثل هذه العوامل، كالإنتاجية الفردية، ورضا المريض، والنتائج المالية (هناك تعامل ما مقابل كل عامل أو خطة للعوامل كلها).

نظم المكافآت تزيد من مستوى التكاليف الإدارية، وحركة الدفع مقابل الأداء فى الصناعة والرعاية الصحية لها نقادها بكل تأكيد (كوليفر ٢٠٠٠، كوهن ١٩٩٩). ورغم ذلك. عديد من الهيئات التى تقدم الخدمة حول العالم تضيف مكون المكافأة لنظم الدفع القائمة على أساس المرتب.

جدول ٩,٢ أساليب الدفع للأطباء: المخاطر المالية والحوافز

	المخاطرة يتحملها:		حوافز مقدم الخدمة من أجل:			
نظام الدفع	القائم بالسداد	مقدم الخدمة	زيادة عدد المرضى الذين يتلقون العلاج أو المسجلين	تقليل عدد الخدمات لكل وحدة دفع مقابل الرعاية أو الاستشارة	زيادة عدد حالات المراضة الشديدة الموثقة	انتقاء مرضى أخف مرضا
رسم مقابل الخدمة	كل المخاطرة يتحملها مشترى الخدمة	لا يتحمل مقدم الخدمة أية مخاطرة	نعم	لا	نعم	لا
المرتب	كل المخاطر	الأطباء لا يتحملون أية مخاطرة	لا	-	-	لا
مرتب + مكافأة	حصة المرتب	حصة المكافأة	نعم	-	-	نعم
مبلغ لكل رأس	كمية فوق سقف "وقف الخسائر"	كل المخاطر يتحملها مقدم الخدمة حتى الوصول إلى سقف "وقف الخسائر".	نعم	-	لا	نعم

المصدر: هسياو وآخرون. البيانات معدلة من تقرير منظمة الصحة العالمية ١٩٩٣، بودنهايمر وجرومباخ ١٩٩٤.

الخلاصة

تخلق كل طريقة دفع للأطباء، وأعضاء المهن الصحية مجموعة خاصة من المخاطر والحوافز بالنسبة لمقدمى الخدمة. فى الجدول ٩,٢ نلخص طرق الدفع، ونظهر كيف أن كل طريقة ينتج عنها مكافأة مالية، أو مخاطرة للطبيب، ولمشترى الخدمة، وما نتوقعه من استجابة الأطباء لطرق الدفع المختلفة.

أساليب الدفع للأطباء: المخاطر المالية والحوافز لكل تسجيل دخول

تستخدم أول طريقة دفع للمستشفيات، ومؤسسات تقديم الخدمة تسجيل دخول مريض كوحدة خدمة. يدفع مبلغ ثابت لتغطية كل الخدمات خلال الإقامة داخل مستشفى معين، بغض النظر عن الخدمات التى يتم تقديمها فعلاً. هذه الطريقة تنقل حصة من المخاطرة المالية لمقدم الخدمة. بشكل عام، حيث إن عدد الخدمات داخل الحزمة الواحدة يتزايد. تتزايد أيضا المخاطرة المالية التى يتحملها مقدم الخدمة. بهذا النظام يصبح الحافز بالنسبة للمستشفى هو تخفيض طول فترة الإقامة وكمية الرعاية المقدمة لكل مريض. طريقة الدفع مقابل تسجيل الدخول، تقدم للمستشفيات حافزا لانتقاء المرضى الأقل شدة فى مرضهم، وقبول أكثر عدد منهم على قدر ما يمكن، طالما تكلفة رعايتهم بالمستشفى أقل من الرسوم المحصلة من كل واحد منهم.

لكل تسجيل دخول لمزيج الحالات المعدل

لعلاج بعض نواحى القصور فى طريقة الدفع مقابل كل تسجيل دخول، طريقة تسجيل دخول مزيج الحالات المعدل تفصل المرضى إلى شرائح حسب المرض والعلاج وتدفع قيمة أكبر لهؤلاء الذين تتكلف نفقات علاجهم مبالغ أكبر. بهذه الطريقة المرضى الذين يتكلف علاجهم نفقات أكبر فى المتوسط ينتجون دخلاً أكبر للمستشفى. التصنيف المبنى على التشخيص (diagnostic-related grouping [DRG]) أصبحت المقاربة الأكثر استخداما للقيام بهذا النوع من الدفع.

فى مثل هذا النظام، أصبح لدى المستشفى حافز لتقليل فترة الإقامة، وتقديم رعاية أقل، وقبول أعداد أكبر من المرضى. ويصبح لدى المستشفى أيضا حافز للتركيز على المرضى الأكثر ربحية. وهؤلاء هم المرضى داخل كل شريحة الأكثر صحة نسبيًا، وهؤلاء المرضى داخل كل شريحة الذين يدفع لقاء علاجهم فى المتوسط مبالغ عالية مقارنة بتكلفة رعايتهم.

فى دراسة حديثة لتقييم أثر طريقة التصنيف طبقًا للتشخيص فى ايطاليا، سجل لويس وآخرون (١٩٩٩) انخفاضًا قدره ٢١,١% فى عدد أيام الأسرة بالمستشفيات بعد إدخال نظام الدفع هذا. دراسة أخرى فى الولايات المتحدة (جيلمان ٢٠٠٠) وجدت دليلاً على انتقاء المستشفيات للمرضى المربحين بالنسبة لها لعلاجهم. هذه الاكتشافات تنسجم مع اكتشافات دراسة تركيبية أسبق عن آثار طريقة الدفع بالتصنيف طبقًا للتشخيص (إيليس وماكجواير ١٩٩٣).

مبلغ لكل يوم إقامة

من الشائع الدفع للمستشفى بناءً على عدد الأيام. يدفع مبلغ ثابت لكل يوم إقامة بالمستشفى بغض النظر عن الخدمات الفعلية التى تتحمل المستشفى نفقتها. اليومية الثابتة تعطى المستشفى حافزًا للاحتفاظ بالمرضى داخل المستشفى لفترات أطول – خصوصًا حيث إن الأيام التى تقدم فيها الرعاية، تميل لأن تكون أقل تكلفة فى نهاية فترات الإقامة. نتيجة لذلك، تشجع طريقة الدفع باليومية المستشفيات لتحقيق نسبة إشغال أسرة أكبر وتوسيع طاقة الأسرة لديهم. يجد الدافعون الأذكياء أن من الضرورى مراجعة نسبة الاستخدام للتحكم بفترات الإقامة الطويلة الغير ضرورية.

اكتشفت الدراسات علاقة ارتباط إحصائية قوية بين طريقة الدفع باليومية، ومتوسط طول الإقامة بالمستشفى (ALOS- Average Length Of Stay). مثلاً، فحص رودوين واوكاموتو (٢٠٠٠) أثر طرق الدفع باليومية التى أدخلتها السلطات اليابانية، واكتشفا أن متوسط طول الإقامة بالمستشفيات فى اليابان هى ثلاث مرات أطول منها فى الولايات المتحدة فى نفس شريحة التشخيص المرضى. ففى حالة جراحة استئصال الزائدة الدودية. متوسط طول فترة الإقامة فى اليابان هى ٩,٨ يومًا، بينما فى الولايات المتحدة حيث عادة ما يتم الدفع للمستشفى بناءً على الحالة،

فترة الإقامة هى ٣ أيام. وبالمثل، فى سلوفاكيا، لأنجنبرونر وويلى (١٩٩٩) كتبا تقريرًا لمتوسط إقامة بالمستشفى ٧,٥ يومًا لولادة الطفل فى ظل نظام قومى للدفع باليومية، مقابل يومان فى الولايات المتحدة، حيث طريقة الدفع طبقًا لنظام التصنيف المبنى على التشخيص.

حسب بند الميزانية

فى طريقة الدفع هذه شائعة الاستخدام، وحدة الدفع هى بند نفقات بالنسبة للهيئة (مثل المرتبات والمستلزمات والانتقالات والأدوية). المبالغ المرصودة فى الميزانية تعتمد أساسًا بشكل نمطى على خلطة ما من أعباء المنشأة، وعدد طاقم العمل، والميزانيات السابقة. فور اعتماد الهيئة الممولة (وزارة المالية) للميزانية، مقدم الخدمة (المستشفى أو العيادة) لا يمتلك كثير من الاختيارات لتبديل بنود الصرف. هذا النوع من الموازنات يقدم حافزًا لمدراء المستشفيات ليبالغوا فى أرقام الميزانية وإنفاقها بالكامل. تمتلك المستشفيات حوافز قليلة للقبول بأعداد أكبر من المرضى – إلا إذا كان هذا المؤشر يلعب دورًا كبيرًا فى عملية وضع الميزانية. النتيجة غالبًا هى مستوى عال من عدم الكفاءة الفنية، خصوصًا عندما تكون بنود الميزانية ضيقة جدًا لدرجة لا يستطيع المدير معها تحويل الموارد من بند إلى آخر للاستجابة إلى تغير فى الظروف.

درس لأنجنبرونر وويلى (١٩٩٩) أثر نظم الدفع عن طريق بنود الميزانية فى أوروبا الشرقية – تلك النظم التى انصرفت المنطقة بأكملها عنها. وخلص الدارسان إلى أنه: (١) لم يتاح إلا القليل من الحوافز لمدراء المنشآت، حتى يشعروا بأهمية التكلفة ويصبحوا قادرين على الابتكار لحل مشاكلها (٢) مالت المنشآت نحو نقص التغطية بالخدمات الصحية (٣) لم يعط إلا انتباه قليل للعائد الصحى ورضا المريض (٤) لم يوجد حافز حقيقى لتقليل حجم الموارد الثابتة (مثل طاقم العمل والمنشآت).

طريقة الدفع هذه تضع مقدمًا ميزانية تشغيل مفتوحة تمامًا. فى الغالب على الهيئة أن تحقق أهدافًا للناتج، مثل عدد أيام إشغال للأسرة أو عدد زيارات معين لمرضى العيادات الخارجية، وتواجه عقوبة عند الفشل فى تحقيق ذلك. تمثل الميزانية الكلية أوسع مدى لحزمة الخدمات المقدمة. كل خدمة مقدمة لكل مريض خلال عام واحد، يتم تجميعها فى إذن دفع واحد (آشبى وجرين ١٩٩٣).

فى ظل نظام الميزانية الكلية، يمتلك المدراء حافزًا للتحكم فى نفقاتهم فى تحقيقهم لمستهدفات العمل، رغم أن هناك احتمال قائم دائمًا بتشويه القرارات، حتى يتمكنون من الوصول إلى هذه المستهدفات (بيشوب ووالاك ١٩٩٦). مثلاً، تعمل المستشفيات الألمانية، طبقًا لنظام الدفع بالميزانية الكلية، طبقًا لعدد أيام إشغال الأسرة كمستهدف للعمل. نتيجة لذلك، تعتبر ألمانيا وسط أطول أيام الإقامة بالمستشفيات فى كل الأمم الصناعية.

معظم طرق الدفع بالميزانية الكلية تدفع للمستشفى أكثر عندما تتجاوز هذه المستشفيات مستهدفات عملها أو تخضعها للعقوبة عندما تقصر عن تحقيق المستهدف (فان وآخرون ١٩٩٨). لو أن مثل هذه المدفوعات تتم طبقًا لمتوسط التكلفة، تستطيع المستشفى زيادة أرباحها، عن طريق التوسع فى عدد الأيام، حيث إن التكلفة الهامشية سوف تكون أدنى من متوسط التكلفة. طريقة الدفع للمستشفى، أو معاقبتها طبقًا لتكلفتها الهامشية، من الممكن أن تساعد فى حل هذه المشكلة، وهذه فى الحقيقة كانت الطريقة التى يعمل بها النظام الألمانى فى التسعينات.

فى الجدول ٩،٣ نلخص أساليب الدفع للمستشفى، وهيكل الحوافز أمام الدافعون وأمام المستشفى، واستجابات المستشفيات المحتملة على طرق الدفع المتنوعة.

نظم الدفع والمرضى

نظم الدفع تؤثر على المرضى مثلما تؤثر على مقدمى الخدمة؛ عن طريق تحديد القدر الذى يجب أن يدفعه المريض مقابل الخدمة. هناك حالتان يجب النظر فيهما – تلك التى تقوم الحكومات فيها بتشغيل النظام مباشرة، وتلك التى تعمل الحكومة فيها بشكل غير مباشر، عن طريق التحكم فى الأسعار (مثلاً من خلال تشغيل، أو تنظيم لوائح عمل نظم التأمين). ومع ذلك، تقريبًا كل الاعتبارات الخاصة بحوافز المرضى تتبع فى سياق الدفع بطريقة الرسم مقابل الخدمة، حيث إن المرضى نمطيًّا يدفعون مقابل الرعاية أوليًا بهذه الطريقة.

جدول ٩,٣ أساليب الدفع للمستشفيات: المخاطر المالية والحوافز

آليات الدفع	المخاطر التي يتحملها: من يدفع	مقدم الخدمة	حوافز مقدم الخدمة على القيام بـ: زيادة أعداد المرضى	إنقاص عدد الخدمات المقدمة لكل وحدة دفع	زيادة شدة المرض المسجلة	انتقاء مرضى أكثر صحة
رسم مقابل الخدمة	كل المخاطر يتحملها من يدفع	لا توجد مخاطر يتحملها مقدم الخدمة	نعم	لا	نعم	لا
مقابل الدخول لمزيج الحالات المعدل	مخاطر عدد من الحالات وتصنيف الحالات شديدة المرض	مخاطر تكلفة علاج حالات معينة	نعم	نعم	نعم	نعم
لكل حالة دخول	مخاطر عدد من الحالات المسجلة دخول	مخاطر عدد من الخدمات لكل حالة دخول	نعم	نعم	لا	نعم
لكل يوم إقامة	مخاطر عدد من أيام الإقامة	مخاطر تكلفة الخدمات في أحد الأيام المعينة	نعم	نعم	لا	نعم
سعر ثابت للرأس	كمية فوق سقف "وقف الخسارة"	كل المخاطر التي يتحملها مقدم الخدمة تحت سقف معين "لوقف الخسارة"	نعم	نعم	–	نعم
الميزانية الكلية	لا توجد مخاطر يتحملها من يدفع	كل المخاطر يتحملها مقدم الخدمة	لا	–	–	نعم

المصدر: هسياو وآخرون ١٩٩٩، بيانات معدلة من منظمة الصحة العالمية ١٩٩٣، بودنهايمر وجرومباخ ١٩٩٤.

تستخدم معظم الأمم التى تدير مباشرة نظام الرعاية الصحية إيرادات الضرائب للدعم المالى لتكلفة الرعاية الصحية المقدمة فى المنشآت العامة. هذه الممارسة تخفض أسعار الخدمات التى يطلبها المريض، مما ينتج عنه ازدياد الطلب على الخدمة. وكما ناقشنا فى الفصل السابق، قد تكون النتيجة عدم كفاءة تخصيص الموارد و"عبء زائد" من وجهة نظر النفعية الذاتية. يستخدم المرضى الرعاية، حيث تكون قيمتها بالنسبة لهم أقل من تكلفة إنتاج الخدمة، لأن هذه الخدمة مجانية. لهذا السبب، قد تفرض بعض الأمم رسومًا لاستخدام الخدمات العامة لتخفيض الاستخدام الغير سليم لها (ولتوليد عائد متزايد).

مع ذلك، العديد من الخدمات العامة، المجانية اسميًا، ليست مجانية فعليًا بالنسبة للمرضى. غالبًا ما تقدم المستلزمات والأدوية بواسطة المرضى أنفسهم (ويجلبونها من السوق)، وأنواع أخرى من الرشاوى والهدايا والمدفوعات الغير رسمية. إضافة إلى ذلك، نفقات الانتقال والوقت فى البحث عن الرعاية قد تكون ذات وزن ملموس. كل هذه النفقات، قد تقلل من درجة كفاءة ما تقدمه الرعاية المجانية اسميًا.

وحيث لا تقدم الحكومات مباشرة رعاية عامة مكثفة، يؤثر وجود التأمين على المدفوعات، التى يجب أن يدفعها المريض، ومن هنا حوافزه وسلوكه. وهنا توجد ظاهرتان متفاعلتان. الأولى، كل الخطط التأمينية فى الواقع تقلل الأسعار التى يدفعها المستهلكون عند المرض. نتيجة لذلك، مثل هذه الخطط تثير نفس مشاكل كفاءة تخصيص الموارد مثلما تسببها الرعاية المقدمة مباشرة بواسطة الحكومات (والمدعومة ماليًا).

إضافة إلى ذلك، فى كثير من أنحاء العالم، لا يتم شراء التأمين الصحى على أساس فردى، ولكن بالأحرى من خلال خطط تأمين اجتماعى مدعومة من الضرائب العامة. وهذا يتضمن نمطيًا عنصرًا جوهريًا من إعادة التوزيع أو دعمًا ماليًا عبر الإيرادات العامة.

يشجع مثل هذا الترتيب المواطنون على الإسراع إلى التغطية. التى هى أكثر سخاء من استعداد الكثيرين لدفعه من جيبهم الشخصى. الدعم المالى الذى تقدمه الحكومات لشراء التأمين الصحى الخاص له تأثير مماثل. نتيجة لذلك، الأمم التى تمول الرعاية الصحية من خلال التأمين غالبًا ما تدمج معها الخصومات، ورسوم الدفع المشترك، والتأمين المشترك، وأسقف الأسعار. كل خطط التسعير هذه المقصود بها خلق حوافز أمام المرضى لتخفيض استخدامهم غير السليم للرعاية الصحية.

الخصومات هى المبالغ التى يدفعها المريض قبل بداية سريان السياسة التأمينية لتغطية النفقات الجارية. مستوى الخصم يحدد بشكل فردى أو للعائلة كلها وأحيانًا يكون على أساس مستوى الدخل.

رسم الدفع المشترك، هو مبلغ ثابت يدفعه المريض عند كل زيارة للطبيب أو يوم إقامة بالمستشفى.

التأمين المشترك، يشير إلى مسئولية المريض عن نسبة معينة من تكلفة العلاج.

أسقف الدفع، هى الحد الأقصى من الأموال، التى يتكفل التأمين بدفعها عن كل مريض فى السنة.

يلخص الجدول ٩,٤ توزيع المخاطرة المالية والحوافز التى تؤثر على المريض تحت نظم التسعير المتنوعة. وكما يظهر فى الجدول، تحت الرعاية المجانية، يتحمل التأمين كل المخاطر، بينما العكس صحيح فى ظل رسوم المستفيد الكاملة. خطط المزايا الأخرى تقسم المخاطرة وتميل عمومًا لتخفيض كمية الرعاية الصحية المطلوبة بواسطة المريض. الخصومات والدفع المشترك يمتلكان أوسع تأثير على الرعاية الروتينية، بينما التأمين المشترك والأسقف قد تمتلك تأثيرًا على الرعاية العلاجية للمستشفيات الأغلى سعرًا. أسقف الدفع على الأخص تفرض مخاطرة ملموسة على المرضى، لو حدث لهم مرض شديد الوطأة.

تقييم الأهمية التحليلية لأثار هذه الأسعار على المرضى يتطلب تقييما لمرونة الطلب. عبارة "مرونة الطلب" تشير إلى نسبة التغيير فى الطلب على سلعة، أو خدمة استجابة لنسبة التغيير فى سعر هذه السلعة، أو هذه الخدمة. فى المتوسط، مرونة الطلب المتعلق بسعر الرعاية الصحية ليست عالية، وهو ما يملى عدم خطورة الانحرافات بسبب السعر. بكلمات أخرى، تغييرات الأسعار لا ينتج عنها عموما تغييرات واسعة فى الطلب على الرعاية الصحية. مع ذلك، وكما يظهر جدول ٩,٥، بناء على الدراسات فى البلدان النامية، من الواضح بشكل مستمر أن مرونة السعر أعلى بالنسبة للأسر محدودة الدخل، والأطفال. وهكذا، لرسم الخدمة للمستفيد أثرًا عكسيًا أعظم على الرعاية، وعلى الاستخدام وعلى وضع تلك الفئات.

جدول ٩,٤ المخاطر المالية وحوافز المرضى في ظل خطط التسعير المتنوعة

	المخاطر التي يتحملها: الدافعون (مثل الحكومة أو التأمين الصحي)	المخاطر التي يتحملها: المريض	حوافز المريض
المجاني	كل المخاطر	لا يوجد	زيادة الطلب
رسوم الخدمة الكاملة	لا يوجد	كل المخاطر	نقص الطلب
الخصومات	المبلغ فوق الخصم	المبلغ تحت الخصم	نقص الطلب حتى نصل إلى المبلغ المخصوم، ثم زيادة الطلب
دفع مشترك ثابت فى كل زيارة	الرسم الكامل مطروحًا منه مبلغ الدفع المشترك	مبلغ الدفع المشترك	نقص الطلب على الزيارات
التأمين المشترك (نسبة من الرسوم)	(١ – س) % الرسوم	س % الرسوم	نقص الطلب (طبقا لنسبة التأمين المشترك)

المصدر: هسياو وآخرون ١٩٩٩

جدول ٩,٥ مرونة الطلب على الخدمات الصحية: نتائج منتقاة

الدراسة (سنة النشر)	الموقع (سنة البيان)	النتائج	
خيمينيس (١٩٨٩)	إثيوبيا (١٩٨٥)	الإجمالي:	-٠,٠٥ إلى -٠,٥٠
خيمينيس (١٩٨٩)	السودان (١٩٨٥)	الإجمالي:	-٠,٣٧
يودر (١٩٨٩)	سوازيلاند (١٩٨٥)	الإجمالي:	-٠,٣٢
جيرتلر وفان دير جاج		المستشفيات القروية	

الدراسة	البلد (السنة)	المتغير	البالغون	الأطفال
(١٩٨٩)	كوت ديفوار (١٩٨٥)	Income quartile	البالغون	الأطفال
		الأقل	-٠,٤٧ إلى -١,٣٤	-٠,٦٥ إلى -٢,٣٢
		الثاني	-٠,٤٤ إلى -١,٢٧	-٠,٥٨ إلى -١,٩٨
		الثالث	-٠,٤١ إلى -١,١٨	-٠,٤٩ إلى -١,٦٠
		الأعلى	-٠,٢٩ إلى -٠,٧١	-٠,١٢ إلى -٠,٤٨
جيرتلر وفان دير جاج (١٩٨٩)	بيرو (١٩٨٥)	المستشفيات القروية الإجمالي:	-٠,٥٧ إلى -٠,٥٠	-٠,٤١ إلى -٠,٨١
		Income quartile	البالغون	الأطفال
		الأقل	-٠,٥٧ إلى -١,٣٦	-٠,٦٧ إلى -١,٧٢
		الثاني	-٠,٣٨ إلى -٠,٩١	-٠,٤٨ إلى -١,٢٠
		الثالث	-٠,١٦ إلى -٠,٣٧	-٠,٢٢ إلى -٠,٥٤
		الأعلى	-٠,٠١ إلى -٠,٠٤	-٠,٠٣ إلى -٠,٠٩
ساوربورن وآخرون (١٩٩٤)	بوركينا فاسو (١٩٨٥)	الإجمالي:	-٠,٧٩	
		الفئات العمرية		
		١>	-٣,٦٤	
		١-١٤	-١,٧٣	
		١٥+	-٠,٢٧	
		Income quartile		
		الأقل	-١,٤٤	
		الثاني	-١,٢١	
		الثالث	-١,٣٩	
		الأعلى	-٠,١٢	

المصدر: ريدى وسانجاى وفاندمورتيلى وجان. تمويل المستفيدين للخدمات الاجتماعية الأساسية: مراجعة للحجج النظرية والشواهد التجريبية. مكتب التقييم والسياسات والتخطيط. اليونيسيف، نيويورك، ١٩٩٦.

إرشاد شرطى

الجدول ٩.٦ يظهر أثر كل أسلوب دفع على تكلفة الرعاية الصحية وكمية ودرجة جودة الخدمات. الدراسات التجريبية اكتشفت أن آليات الدفع تمتلك تأثيرات قابلة للقياس لمتغيرات عدة، تتضمن: (١) أنواع الرعاية الطبية المقدمة للمرضى. و(٢) أنواع وكميات الأدوية الموصوفة. و(٣) كمية الخدمات المقدمة. و(٤) طول فترة الإقامة بالمستشفى؛ و(٥) نسبة المرضى، الذين يتم علاجهم بخدمات العيادة الخارجية فقط؛ و(٦) تصنيف الأمراض ودرجة شدتها؛ و(٧) التكرارية التى يتم بها تحويل المرضى إلى الأخصائيين والاختبارات المعملية المقدمة. هذه التأثيرات تشير إلى أن اختيار أسلوب الدفع، هو قرار حاسم بالنسبة للقائم على عملية الإصلاح الصحى.

جدول ٩.٦ أثر الحوافز المالية

آليات الدفع	الأثر على القرار الطبى والتكلفة
رسم مقابل الخدمة	يفضل مقدمو الخدمة هذه الطريقة، كمية الخدمة لكل مريض والإمداد الكلى بالمستلزمات يتزايد، قد تتناقص الجودة بسبب الإفراط فى العلاج. أو الاستخدام الزائد للأدوية.
مقابل كل حالة	يحسن كفاءة خدمة المستشفيات، يزيد من معدلات تسجيل الدخول بالمستشفى لحد ما، قد تتناقص الجودة بسبب قصر فترات الإقامة لكل حالة دخول وهبوط استخدام الاختبارات المعملية .
مقابل كل يوم إقامة بالمستشفى	الأثر التضخمى أقل منه فى حالة رسم مقابل الخدمة، يزيد من طول فترة الإقامة بشكل ملموس. كمية الخدمات المقدمة فى اليوم قد تتناقص
مبلغ على كل رأس	يقلل بشكل ملموس الخدمات الغير ضرورية. يحسن الكفاءة؛ علاج المرضى قد يكون غير مكتمل، اختيار المخاطر عن طريق مقدم الخدمة
الميزانية الكلية	يحسن الكفاءة، أكثر الأساليب فعالية فى التحكم فى التكلفة الصحية التضخمية، قد تقل الجودة، قد تتزايد الكمية لو التزم الحجم بالميزانية.
المرتب	يلغى التحفيز على الإفراط فى علاج المرضى. كمية الناتج لكل ساعة يتناقص، جودة الرعاية قد تتناقص، يحول مقدمو الخدمة المرضى إلى عياداتهم الخاصة

اختيار أسلوب الدفع

يفترض هذا العرض عدم كمال أى أسلوب للدفع - كل منها له إيجابياته وسلبياته. بينما تتنوع الأمم فى أهداف نظمها الصحية وظروفها، كذلك تفترض الخبرة الدولية بعض الاسترشاد الشرطى؛ ليضعه القارئ فى اعتباره. هنا خمسة دروس حاسمة حول زر التحكم فى الدفع:

- يجب النظر فى أسلوب الدفع فى سياق الكيفية التى يتكون بها النظام الصحي، التنظيم والدفع يجب أن يكمل أحدهما الآخر.

- الدفع بطريقة رسم مقابل الخدمة يشجع على زيادة تكلفة الرعاية الصحية. قد تتسلح الأمم بالحكمة لتجنب هذه الطريقة، إلا إذا كانت هناك أسباب قوية لتفعل عكس ذلك.

- أسلوب الدفع بالمرتب زائد المكافأة متفوق على الدفع بالمرتب فقط. من الممكن للأسلوب الأول أن يكون دافعًا للعاملين بالصحة لزيادة إنتاجيتهم، وتحسين جودة الخدمات. هذه الميزة واضحة للعيان خصوصًا بالنسبة للأخصائيين، شريطة توظفهم بمؤسسات مثل المستشفيات، أو برامج التأمين الصحى.

- دفع مبلغ على الرأس، بالنسبة للرعاية الأولية له كثير من المميزات التى ترشحه كأسلوب مناسب، خصوصًا عندما تتواجد خدمات أخرى منافسة فى المجتمع المحلى.

- بالنسبة للبلدان متوسطة ومرتفعة الدخل، الدفع مقابل كل حالة دخول، أو مقابل التصنيف المبسط المرتبط بالتشخيص للمستشفيات، يمتلك تأثيرات تحفيزية مرغوبة، ولكنه يخلق أيضًا تعقيدات إدارية. بالنسبة للمستشفيات فى البلدان الفقيرة، الميزانيات الكلية قد تكون أكثر تفضيلاً بسبب متطلباتها الإدارية الأكثر محدودية.

إلى أى مدى نحتاج ضبط هذه الاستنتاجات، خصوصًا فى الأماكن التى يستخدم فيها أسلوب دفع رسم مقابل الخدمة، وفى ضوء أثر الدفع على قرار مشترى الخدمة؟ ولأن متوسط قيمة مرونة سعر الطلب على الخدمات الطبية ليس مرتفعًا، وخسارة الكفاءة الاقتصادية من السعر المنخفض ليست على هذه الدرجة ذات المغزى – خصوصًا مع التسليم بكل النفقات التى يتحملها المشترون نمطيًّا. من الناحية الأخرى، دفع المريض بعض الرسوم عندما تكون مرونة الطلب عالية؛ من الممكن أن يقلل ذلك من الفاقد. على سبيل المثال، جعل الأدوية مجانية للمريض من الممكن أن يزيد الفاقد (مما يثير قضية أن الأدوية قد تؤخذ إلى المنزل لكن لا يتم تعاطيها). بالنسبة للخطط التأمينية، من كل الأساليب التى تتحكم بالاستخدام، أسلوب الخصومات هو أيسرها إدارة، حيث إن الخطط التأمينية حينئذ لا يتوجب عليها تسديد المبالغ، التى يدفعها المرضى بآلاف الفواتير الصغيرة القيمة.

تحديد مستويات الدفع

يتطلب تأسيس مستويات للدفع من القائم بالإصلاح النظر فى مجموعة معقدة من عوامل السوق واللوائح المنظمة. لو تم تحديد مستوى منخفض جدًّا من الدفع، سوف يهرب مقدمو الخدمة من الخطط التأمينية التى تمولها الحكومة، أو يفرضون رسومًا إضافية على المريض، أو يبحثون عن مبالغ تدفع لهم تحت المائدة – طبقًا لما يسمح به القانون.

من الناحية الأخرى، لو كان تحديد مستويات الدفع مرتفع جدًّا، سوف تكون النتيجة اشتراكات التأمين الأولية، أو الضريبة أكثر ارتفاعًا والمتاح من الأموال للأغراض العامة الأخرى أقل.

تحديد المستوى الصحيح للدفع مسألة حساسة ومحل أخذ ورد. للمناقصة العامة التنافسية مميزات ترشحها كأداة للتحديد؛ عندما يتواجد مقدمو خدمة متنافسون، ويمكن جمع طريقة المناقصة بطريقة التعاقد بالأمر المباشر – كما سوف نناقشه فى الفصل التالى. ولكن مثل هذه الظروف قد لا تتواجد، أو أن مقدمى الخدمة كمجموعة ربما تقاوم مثل هذه الوسيلة. كذلك محاولة تحديد مستوى دفع معقول بناءً على بيانات التكلفة على الأرجح، سوف يكون وسيلة مثيرة للنزاع؛ من النادر إن يقبل كل من المشترين، ومقدمى الخدمة بمجموعة مشتركة من البيانات، بوصفها بيانات موضوعية عن حق. وحتى عند الاتفاق حول الحقائق، من المرجح أن ينشب خلاف ذو مغزى حول قضايا القيمة – مثل المستوى الملائم اجتماعيًا لدخول مقدمى الخدمة.

يقوم توتر وشد جوهرى فى نظم الدفع: يريد المشترون الاحتفاظ بمستويات الدفع منخفضة على قدر الممكن، بينما مقدمو الخدمة يريدونها أعلى ما يمكن. تظهر الخبرة الدولية أن المفاوضات ثنائية الأطراف، قد ينتج عنها نتائج مرضية لكلا الطرفين فى بعض الظروف المعينة. ولكن فور تدخل الحكومات فى المسألة وتحول القضية إلى مسألة سياسية، على الأرجح سوف يجدوا أنفسهم تحت ضغوط ملموسة من جماعات مقدمى الخدمة المنظمين بشكل جيد لتكريس موارد إضافية لمرتبات الرعاية الصحية. لذلك يحتاج القائمون على الإصلاح إلى النظر مقدمًا فى العواقب السياسية إضافة إلى العواقب الاقتصادية لنظم الدفع المتنوعة – وأن يتخذوا قراراتهم طبقًا لذلك.

أساليب الدفع والإنصاف

يتصل الدفع بالإنصاف بطريقين مختلفين، بناءً على ما إذا كان المريض سوف يدفع فاتورة علاجه أم لا. عند عدم دفع المريض لفاتورته، توجد مخاطرة إلا يعكس نظام الدفع التكاليف المتنوعة لمختلف المرضى. فى مثل هذه الأحوال، يصبح المرضى ذوى التكلفة العالية أقل جذبًا من الناحية الاقتصادية، ونتيجة لذلك

قد يواجهون موانع تمنع وصولهم إلى الخدمة. قد تتراوح هذه الموانع من الموانع الغير محسوسة إلى الموانع الصريحة، من الموانع التى تتجاهل الناحية الثقافية أو الخدمات الغير ملائمة إلى الرفض الصريح لتقديم الخدمة لهذه الفئات. لهذا النسق تبعات متعلقة بالإنصاف، حيث إن المرضى من الشرائح الاجتماعية والاقتصادية الدنيا، والفئات الاجتماعية المهمشة غالبًا هم أقل صحة، وأقل طواعية لنظم العلاج، وأكثر صعوبة للأطباء ذوى الأصول المتميزة فى التعامل معهم. وهكذا، عند تخطيط نظم الدفع، على رجال الإصلاح إدراك هذه المخاطر. (المشاكل الخاصة فى تقديم الخدمات للمناطق الريفية – أحد مظاهر هذه المسألة – سوف تناقش فى الفصل العاشر).

قد تنشأ قضية موازية عند الدفع للخدمات الخاصة، التى يستخدمها بشكل غير متناسب السكان المهمشون، عند تحديدها بمستوى منخفض من الدفع مقابل تكلفتها. هذه الممارسة قد تؤدى أيضًا إلى انسحاب مقدمى الخدمة. حتى فى الولايات المتحدة بمستويات دفعها المرتفعة جدًّا، الدفع المنخفض لبعض الرعاية العلاجية الحرجة، وخدمات الصحة النفسية قد أدت بالمستشفيات إلى إغلاق مراكز الإصابات وعنابر الصحة النفسية بها – مما خلق مشكلة الوصول إلى الخدمة التى تثير قضايا إنصاف خطيرة.

جدية هاتين المسألتين – تحديد الدفع عند مستوى منخفض جدًّا لبعض المرضى، ولأنواع معينة من الرعاية – يعتمد جزئيًا على الهيكل التنظيمى لنظام تقديم الخدمة. وكما سوف نناقشه فى الفصل العاشر، هناك سمتان رئيسيتان على علاقة بالموضوع. أولاً، مدى تنافسية قطاع مقدمى الخدمة؟ ثانيًا، مدى انتظام مقدمى الخدمة على مبادئ المنظمات الغير ربحية؟ من المرجح أن يكون مقدمى الخدمة الذين يعملون على أسس التنافس، وتحقيق الربح، على درجة كبيرة من الحساسية نحو هوامش التكلفة-السعر، ومن هنا حاجة الحكومات إلى أن توجه عناية خاصة لتحديد مستويات دفع، تحترم الإنصاف فى مثل هذه الأحوال.

النوع الثانى من قضايا الإنصاف الكامن فى نظام الدفع، يحدث عندما يدفع المرضى فواتيرهم الخاصة. ولأن مرونة الطلب أعلى بدرجة ملموسة مع الأسر محدودة الدخل، هناك أسباب قوية تتعلق بالإنصاف، حتى تتضمن مخططات رسوم الخدمة إعفاءات بناءً على الاحتياجات – رغم التكلفة الإدارية واحتمالات الفساد فى مثل هذه الترتيبات. ولنفس السبب، الخدمات التى يريد القائمون على الإصلاح تشجيعها على نحو خاص – مثل التطعيم والوقاية – من المحتمل إلا تخضع لرسوم الخدمة على الإطلاق. الأرجح، هذه الخدمات سوف تمتلك مرونة سعر طلب عالية بالنسبة لكل فئات الدخل، أعلى من الرعاية العلاجية. بعد كل ذلك، مع الأخذ فى الاعتبار الوقت الضائع فى الانتقال إلى الخدمة والنفقات، والرشاوى، والدخل الضائع، والحاجة لشراء أدوية ومستلزمات، حتى الخدمات "المجانية" نادرًا ما تكون مجانية فعلاً – خصوصًا بالنسبة للفقراء فى البلدان الفقيرة. فعليًا، ولأن كثير من الرعاية الوقائية يحدث واقعيًا خلال الرعاية الطبية الروتينية، فإن الإعفاءات بناءً على الدخل من رسم الخدمة، قد تكون الوسيلة الوحيدة الفعالة لتقديم خدمات لمثل هؤلاء المحرومين.

الملخص

يشدد الاقتصاديون أحيانًا وبشكل زائد على التأثيرات التحفيزية لنظم الدفع، بينما يجحف غير الاقتصاديين من قيمتها. وكما لاحظنا فى هذا الفصل، تأثير خطط الدفع على أداء القطاع الصحى يعتمد على كل من، كيف يؤثر النظام على فرص مقدم الخدمة، وعلى قيمهم وسلوكياتهم التى يستجيبون بها للنظام؟. بعض الأطباء والمستشفيات تقدم الرعاية لمرضى "غير مربحين" لهم بدافع المسئولية الاجتماعية. وفى أنحاء العالم، الأعراف المهنية تقيد استعداد الأطباء لخلق طلب يحفزه مقدم الخدمة – رغم وجوده بدرجات متنوعة فى خدمات مختلفة.

من الناحية الأخرى، ليست كل أبعاد الأداء التى يعتنى بها القائمون على الإصلاح قابلة للقياس بشكل سهل ويعتمد عليه، ومن هنا ليس ممكنًا الدفع مقابل لها كليا. مخاطر الانحراف والتشوه تصبح دائمًا قائمة. ويبقى أن نظم الدفع تظل واحدة من أكثر أزرار التحكم قوة ومتاحة لرجال إصلاح القطاع الصحى. "أنت تحصل على ما تدفع مقابل له" هى أحسن نقطة تبدأ بها فهم اقتصاديات أى نظام قومى للرعاية الصحية. على الأقل، سوف يتسلح رجال الإصلاح بالحكمة عندما لا يؤسسون نظامًا للدفع يخلق حوافز لما يتنافر مع أولويات أهدافهم.

٩

الهيكل التنظيمى

فى الفصلين، الثامن والتاسع، ناقشنا اختيارات كيف يمكن جمع الأموال من أجل نظام الرعاية الصحية (التمويل)، وبدائل الآليات من أجل توزيع هذه الأموال (الدفع). الآن ننظر فى الطريقة التى تستطيع بها الحكومة ممارسة نفوذ على هيئات ومؤسسات نظام تقديم الخدمة الصحية. لكل من أزار التحكم الخمس جانب تنظيمى. مثلاً، كيف يجب علينا بناء هيكل نظام للضمان الاجتماعى؟، أو كيف يجب أن نعطى الجمعيات الطبية مسئولية وضع لوائح تنظيمية للأطباء؟ فى هذا الفصل، نحن نركز على السؤال الأضيق الخاص بتنظيم تقديم الرعاية الصحية.

نحن نستخدم مصطلح "تنظيم" لنشير إلى كل من هيكل نظام الرعاية الصحية ككل، وإلى كل مؤسسة من مؤسسات تقديم الرعاية. فى المعنى الثانى "المنظمة" هى كيان متميز يستخدم "مدخلات" (ناس، مبان، تجهيزات)، من داخل هيكل سلطة محددة، لأنتاج سلع وخدمات متنوعة. بعض منظمات الرعاية الصحية تقترب كثيرًا من هذا المفهوم؛ مثل مستشفى خاص مستقل. المعالج التقليدى الذى يعمل من منزله أو من منزلها هى أيضًا "منظمة" بهذا المعنى. يثير مقدمو الخدمة الآخرون قضايا حقيقية تتعلق بالتعريف. هل مركز للرعاية الصحية الأولية تديره وزارة الصحة يعتبر "منظمة"؟، أو هل ينبغى إن نحتفظ بهذا المصطلح لكامل النظام القومى لتقديم الخدمات الصحية العامة؟ للأحسن أو للأسوأ، حدود العديد من "المنظمات" النوعية هى حدود مبهمة، وكل ما نستطيع عمله هو محاولة أن نكون واضحين حول المعنى الذى نقصده ونحن نمضى فى النقاش.

رجل الإصلاح الذى يريد "تشغيل" أزرار التحكم فى "المنظمة" عليه التركيز على أربع سمات كبرى فى نظام الرعاية الصحية:

- مزيج المنظمات التى تقدم خدمات الرعاية الصحية.
- تقسيم الأنشطة بين تلك المنظمات.
- التفاعلات بين هذه المنظمات وعلاقتها ببقية النظام السياسى والاقتصادى – خصوصًا كيف تحصل على الموارد التى تحتاجها للاستمرار فى التواجد؟.
- الهياكل الإدارية الداخلية لتلك المنظمات.

فى بعض الحالات تستطيع الحكومات العمل مباشرة لتغيير سمات النظام تلك: مثلاً، بخلق نظام جديد للعاملين الصحيين فى المجتمعات المحلية أو بإعادة تنظيم سلطات إدارة مستشفياتها لزيادة استقلالها الذاتى. وفى حالات أخرى، قد تعمل الحكومة بشكل غير مباشر من خلال أزرار التحكم الأخرى. مثلاً، تستطيع الحكومات خلق طرق دفع جديدة، وتوفرها للمستثمرين من القطاع الخاص، من أجل التمهيد لظهور مستشفيات خاصة. أو قد تستخدم تشريع لوائح منظمة للعمل تطلب بها من مقدمى الخدمة فى القطاع الخاص تقديم خدمات معينة، مثلاً، التطعيمات. وكما نلاحظ فى الفصل الثانى، هناك غالبًا صلات بين أزرار التحكم، فعند تحرك أحدهم تنشأ حاجة لتحرك الآخر، أو تحدث تأثير على حركة الآخر. ولكن هذه الصلات تكتسب أهمية على نحو خاص هنا، لأن منظمات الرعاية الصحية تتأثر بعدة أنواع مختلفة من سياسات التدخل. وفى نفس الوقت، عديد من تأثيرات التحفيز لنظم الدفع، والتأثيرات الإجبارية للوائح التنظيمية، تعتمد على إحداث، أو التسبب فى تغييرات تنظيمية – خصوصًا ذات الطابع الإدارى – لو كان يراد لها أن تحدث الأثر المرغوب.

فهم الهيكل التنظيمى لنظام الرعاية الصحية على هذا الوجه يقودنا إلى التعرف على ثلاث أنواع من التدخلات التى "تدير" أزرار التحكم فى المنظمة:

- **استراتيجية من-يفعل-ماذا:** المجموعة الأولى من التدخلات تركز على السمتين الأوليتين التى عرضناهما أعلاه: أى، على تغيير فى خليط المنظمات، أو تغيير فى تقسيم المهمات بينهم. قد ينتج عن هذه التدخلات تغيرات فى خليط القطاع العام-الخاص فى الملكية، أو فى درجة، ومجال المنظمات الجديدة أو القائمة. وكما هو دائمًا، اهتمامنا لا ينصب على السمات التنظيمية فى حد ذاتها، ولكن فى أثرها على أداء النظام.
- **استراتيجيات الحوافز:** الاختيار الثانى هو أن نشتغل على السمة الثالثة التى ميزناها أعلاه- اسميًا، على الحوافز التى تخلقها العلاقات بين بين منظمات الرعاية الصحية وبقية النظام الصحى. سوف نستكشف مقاربتين اثنتين نوعيتين مصممتان لتغيير هذه الحوافز: الجهود لزيادة المنافسة، والجهود لاستخدام التعاقد من أجل التأثير على تقديم خدمات الرعاية الصحية.
- **استراتيجيات الإدارة:** تشتمل هذه التداخلات على رابع سماتنا المذكورة أعلاه؛ اسميًّا، تغيير ما يحدث "داخل" المنظمات. عندما تقوم الحكومات بتشغيل نظام تقديم الخدمة، فهى تستطيع ببساطة فرض مثل هذه التغييرات. وعندما لا تقوم بالتشغيل فعليها الاعتماد على أزرار تحكم أخرى من أجل إحداث مثل هذه التغيرات. الشركات الكبرى، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، جهود تحسين إدارة القطاع العام هى نماذج وأمثلة سوف نناقشها. نحن نضم استراتيجيات اللامركزية فى هذه الشريحة، لأنها تشمل تغييرات فى الطريقة التى ترتبط بها أجزاء الحكومة مع بعضها البعض، وهى تشبه كثيرًا التغييرات التى تحدث فى التنظيم الداخلى لشركة كبيرة متعددة الجنسيات.

وكما أشرنا توا، يستطيع القائمون على الإصلاح تبنى "آليات" متنوعة لتحقيق هذه التغييرات. مثلاً، قد تستخدم الحكومة طرق الدفع مقابل الخدمات لتحويل وظائف مجموعة مختلفة الأنواع من مقدمى الخدمة. هى تستطيع استخدام سلطة وضع اللوائح التنظيمية والقوانين للتأثير على الحوافز بزيادة المنافسة (من خلال سياسة ضد التكتلات الاقتصادية المؤقتة) أو أن تطلب إحداث تغييرات فى طريقة إدارة المستشفيات الخاصة، أو تستطيع استخدام سلطتها المباشرة؛ لإحداث مثل هذه التغييرات فى إدارة المستشفيات الحكومية. ومع ذلك ليست مثل هذه الآليات، ولكنه التغيير فى التنظيم الذى قد تحدثه مثل هذه الآليات، هو ما نضعه محل نظرنا.

تقدم الخدمات الصحية بواسطة أنواع شتى من "العاملين فى الصف الأول": الأطباء، والممرضات، والفنيون، وآخرون يناظرون المريض، ويشغلون أجهزة الأشعة، ويقومون بإعطاء التحصينات والطعوم. كيف يقوم هؤلاء الناس بوظيفتهم، هو الذى يحدد فى الأخير كيف تقدم الرعاية الصحية. لذا علينا دائمًا النظر فى كيف تؤثر التغييرات التنظيمية على الحوافز، والفرص، والالتزامات التى يواجهها هؤلاء العاملون، إضافة إلى مهاراتهم، وميولهم ودوافعهم؟. وعندما يصل الأمر إلى تحديد سمات عالم العاملين فى الصف الأول، يصبح المدراء هم المفتاح. لأن المدراء هم الذين يشترون الأجهزة، وينظمون العمل، ويلحقون مزيد من العاملين، ويكافئون، وأحيانًا يلهمون هؤلاء العاملين.

الدور المحورى للعاملين والمدراء يسمح لنا بتوضيح العلاقات بين الطبقات الثلاث العريضة من الاستراتيجيات التى ميزناها. استراتيجيات الحوافز تقوم على أساس الإيمان بأنه "إذا" وضعنا ضغطًا كافيًا على المنظمات، سوف تقوم هذه المنظمات بالتغييرات الإدارية المطلوبة لتحسين الأداء. هناك الرؤية الداروينية الإضافية بأن المنظمة التى لا تتغير سوف تنكمش أو تموت، بينما تلك المنظمات التى تتكيف سوف تظل قيد البقاء وتنمو. التغيرات التى تستهدف من-يفعل-ماذا

تفترض أيضا أن المنظمات التى تغنم الوظائف والمهام سوف تمتلك القدرة الإدارية لتقديم جودة أعلى وتكلفة أقل. هذا على سبيل المثال: ما يدعيه الدفاع عن وجهة نظر القطاع الخاص (هيرزلينجر ١٩٩٩). لذلك أى نجاح لتداخلات غير إدارية يجب أن يحدث نتيجة لتغيير على المستوى الإدارى.

لسوء الحظ، الجوانب الإدارية الرئيسية لأية إصلاحات تنظيمية مقترحة، يتم تركها على الأغلب غير محدد، لذلك من الصعب التنبؤ بعواقبها. هل "الكيانات الكبيرة" للمستشفيات تمتلك تكلفة أقل من نظام القطاع العام القائم؟ هل التحكم اللامركزى للمركز الصحية فى مستوى القرية يحسن من جودة الخدمة؟ بكلمات أخرى، هل سوف ينتج عن مثل هذه التغيرات مدراء أكثر قدرة ومسئولية؟ هل سوف يقل الاستبداد الإدارى والفساد؟ إجابة مثل هذه الأسئلة سوف يعتمد على كيف يتم تنفيذ الإصلاح. ومن هنا، سوف نشدد خلال هذا الفصل على أن "الشيطان هو التفاصيل" عندما يأتى الأمر إلى التنبوء بأثر التغيير التنظيمى على أداء النظام.

التغييرات فى الحوافز الخارجية، وفى الإدارة الداخلية، هما أمران يكمل بعضهما البعض بقوة. إعطاء المدراء حوافز دون إعطاءهم أيضًا المهارات، والسلطة والموارد التى يحتاجونها، للاستجابة لمثل هذه الحوافز سوف يصبح على الأرجح عديم الأثر تمامًا. والعكس هو صحيح أيضًا. فعلى الأرجح لن يؤدى إعطاء مزيد من السلطة إلى المدراء إلى تحسين الرعاية إذا لم يكن لدى المدراء حافزا ليقوموا بذلك. وهذا هو السبب الذى جعل العديد من الذين كتبوا عن الإصلاح التنظيمى فى الرعاية الصحية، يرون حاجة إلى تغيير "متماسك ومنسجم" (هاردينج وبيركر ٢٠٠٢). فهى ليست أخلاقيات جمالية تلك التى تكمن خلف ملاحظاتهم، ولكنها بالأحرى الحاجة إلى توحيد "الأسباب" لنحسن "القدرات" من أجل العمل بشكل أفضل – فى نفس حزمة الإصلاح.

بعض الإصلاحات توحد ما بين الحوافز الخارجية، والتغييرات الإدارية الداخلية (مثل، العديد من جهود اللامركزية أو الخصخصة). ولكن للتوضيح التحليلى، سوف ننظر فى الجوانب المتنوعة لمثل هذه الجهود الإصلاحية المختلطة بشكل منفصل.

لتسليط الضوء على الرابطة بين كل جهود الإصلاح على المستوى الإدارى، سوف نستكشف مرارًا كيف يؤثر الإصلاح على ما نسميه "المفاتيح الستة للأداء التنظيمى (انظر جدول ١٠,١). هذه العوامل الست تحدد، كيف ولماذا يتم تصفية حوافز المنظمة للمدراء والعاملين؟. وهى تخبرنا أيضًا كيف نصب انتباهنا على المهارات والاتجاهات التى يرتكن إليها المدراء والعاملين عليها عند استجابة هؤلاء لتلك الحوافز.

أثر الاستراتيجيات البديلة

ما الذى يأمل فى تحقيقه رجال الإصلاح بتحريك زر التحكم فى التنظيم؟ وكيف يمكن لمثل هذه التغيرات أن تؤثر على أداء النظام بمعايير التصنيف الذى طورناه فى الفصل الخامس والسادس؟

لتحسين القدرة على الوصول إلى الخدمة والحماية من المخاطر، يستطيع القائمون بالإصلاح تغيير صيغة من-يفعل-ماذا. على سبيل المثال، حتى نحسن من القدرة على الوصول إلى الخدمة، والإنصاف فى المناطق الريفية، مجموعة متنوعة من الأمم عملت على تطوير عاملين صحيين يعملون على قواعد مجتمعية. فى اندونيسيا فى الثمانينات، مثلاً، اكتشفوا أن المنشآت ذات المستويات الأقل والأكثر انتشارًا – مثل ما دون المراكز الصحية – كانت أكثر فعالية فى الوصول إلى فقراء الريف من المراكز الصحية المكتملة فئات العاملين بها، والأوسع (بيرمان وآخرون ١٩٨٧، وبيرمان وآخرون ١٩٨٩).

استراتيجيات الحوافز مثل المنافسة يمكنها تقليل التكاليف (تحسين الكفاءة الفنية)، وتحسين جودة الخدمة، ورضا المستهلكين. يمكن استخدام التعاقد أيضًا لزيادة الكفاءة وتحسين الجودة. تقدم اللامركزية أملاً فى أنها سوف تحدث نفس التأثير (بوصيرت ١٩٩٨). المبادرات الإدارية، أيضًا، تركز على إنتاج تكلفة أقل وجودة أفضل. لو أدت أى من هذه التدخلات أرضاءً حسنًا، ربما يتحسن كلاً من الوضع الصحى، ورضاء المنتفعين. (سواء تم ترجمة توفير التكلفة إلى مزيد من الخدمات المقدمة، ومن هنا مكاسب فى الوضع الصحى – أو استخدمت فى إنتاج منافع غير صحية – فذلك يعتمد على النظام السياسى).

جدول ١٠.١ المفاتيح الستة للأداء التنظيمي

حوافز المنظمة

ما الذى يتوجب على المنظمة صنعه لاكتساب الموارد التى تحتاجها من أجل البقاء والنمو؟.

ما هى الموانع والفرص الأخرى، التى تواجهها المنظمة من المنافسين، والمستهلكين، والسلطة، التى تصدر اللوائح، والأحكام المنظمة، وواضعو الميزانيات، والجهات المانحة للقروض، والهبات، الخ؟.

حوافز المدراء

كيف يتم مكافأة المدير أو معاقبته؟.

كيف يتم ربط ذلك، إذا كانت هناك رابطة على الإطلاق، بأداء المنظمة؟.

ما هى قنوات التقارير والإشراف والمسائلة القائمة؟.

ما هو المسار المهنى المحتمل خارج المنظمة التى يعملون بها حاليًا؟.

مهارات واتجاهات المدراء

ما الذى يجلبه المدراء إلى العمل من مهارات واتجاهات؟.

كيف يأخذ ذلك شكلاً بالتعليم، والاختيار، والتدريب، وخبرات العمل؟.

كيف يرى المدراء وظيفتهم؟ ما هى رؤيتهم لمسئولياتهم؟.

سلطة المدراء

ما هى القرارات التى يستطيع المدراء اتخاذها، على كل من المستوى الداخلى والخارجى، قرارات خاصة بالخدمات المقدمة، والأسعار، وعمليات إنتاج الخدمة، والمشتريات، وشئون العاملين، الخ؟.

هل يستطيع المدراء تعيين أفراد أو إقالتهم، واتخاذ قرارات استثمار، واختيار استراتيجيات، الخ؟.

حوافز العاملين

كيف تتنوع المكافآت التى يتمتع بها العاملون، إذا كانت تتنوع على الإطلاق، طبقا لأدائهم و/ أو مكافآت المنظمة ككل؟

ما الذى يحدد طرق الدفع، أو التوظيف، والترقى الخ؟.

هل يتمتع العاملون بأية مكافآت غير مالية؟ .

مهارات واتجاهات العاملين

ما الذى يجلبه العاملون إلى العمل من مهارات واتجاهات؟.

كيف يتخذ ذلك شكلاً بالتعليم والاختيار والتدريب وخبرات العمل؟.

ما هى درجة انتماء العاملين إلى "المنتج" الذى تقدمه منظمتهم بوصفه نشاطا مرغوبا؟.

ومع ذلك، سوف نرى أن تلك التغيرات تأتى بمخاطر ومساومات. التنافس الزائد عن الحد، قد يؤدى إلى طلب يصطنعه المنتجون للخدمة، وانعدام كفاءة توزيع المخصصات، وانحدار الوضع الصحى. وأيضًا قد يجعل ذلك مقدمى الخدمة غير مرحبين بدعم الفقراء ماليًا، ومن هنا تضمحل قدرتهم على الوصول للخدمة وتنخفض حالتهم الصحية. وبالمثل، تغيير صيغة من-يفعل-ماذا، لأنتاج شبكة كثيفة من مقدمى الخدمة غير المتخصصين، باسم تحسين القدرة على الوصول إلى الخدمة، يمكنه أن يؤدى إلى تراجع الجودة الفنية.

سوف نرى أيضا أن هذه الاستراتيجيات لا يتم "تنفيذها تلقائيًا". نتائج لامركزية التحكم إلى المستوى المحلى، سوف تعتمد على القدرة الإدارية، والسياسية المحلية. يمكننا استخدام أسلوب التعاقد، ليس لتحسين الكفاءة، ولكن كمنحة للحماية السياسية. تباينات النواتج "داخل الاستراتيجية الواحدة" - نتيجة للتخطيط والتنفيذ التفصيلى لها - ربما هو التباين الأوسع لزر التحكم هذا. بهذا الإدراك، من ثم، ما هى الاستراتيجيات التى فى متناول رجال الإصلاح الذين يريدون تغيير زر التحكم فى التنظيم؟.

تغيير من-يفعل-ماذا

الاستراتيجية الأولى هى، تغيير خلطة المنظمات وكيف تتوزع المهام بينها؟. تلك التغييرات هى عادة أول ما يفكر فيه الناس عندما يتدبرون أمور الإصلاح التنظيمى. ما لا يتدبره القائمون على الإصلاح بعناية هو كيف إن تغيير دور مقدمى الخدمة سوف يؤثر على أداء القطاع الصحى. مثلاً، هل يمثل أهمية تقديم خدمة عالية التقنية بواسطة المستشفيات العامة أو بواسطة المستشفيات الخاصة؟ هل من الأفضل وجود رعاية صحية أولية يقدمها ممارسون عموميون مستقلون (كما فى المملكة المتحدة)، أم تقدم بواسطة عيادات بها أخصائيون متعددون (كما كانت الحالة حتى وقت قريب فى أوروبا الشرقية)؟ هل برامج التطعيم المنظمة بأحسن الأشكال المقدمة بشكل منفصل - أو كجزء من نظام الرعاية الأولية عموما؟ نتناول ثلاث سمات عامة للمخطط التنظيمي: الملكية، والدرجة، والمجال. كما نناقش أيضا المشاكل التنظيمية الخاصة بتقديم الخدمة فى المناطق الريفية. وخلال كل ذلك، لا تنس إن تغيير من-يفعل-ماذا، يستطيع التحكم فى الأداء من خلال كل من تأثيرات جوانب العرض والطلب - مثلاً، من خلال تكلفة الخدمات، ومن خلال جاذبية الرعاية لشتى تنويعات المرضى.

عبر السنوات. تنويعات من صيحات التنظيم قد ظهرت فى الجدل الدائر حول الإصلاح الصحى الدولي: لنأخذ مثالين اثنين، الرعاية الأولية المتكاملة، وبرامج الصحة الإنجابية الشاملة. نحن نريد تحذير القائمين على إصلاح القطاع الصحى ألا يركزون بشكل مفرط على مثل هذه الاستراتيجيات. غالبًا جدًا، مثل إعادة التنظيم هذه ما تصنع القليل فى تغيير القدرات، والحوافز، أو الدوافع عند العاملين فى الصف الأول أو مدراءهم. نتيجة لذلك، ربما يصبح هناك أثرًا أقل على الأداء من مثل هذه التغييرات، أقل مما يأمل فيه المدافعون عن ذلك. فعليًا، إعادة التنظيم يمكنه أن يبدو جاذبا بالضبط لأنه "يتجنب" المشكلة الصعبة فى خلق حوافز لها معنى، أو تغييرات إدارية. إنه يستبدل بدلاً من ذلك المهمة السهلة بشكل مخادع، مهمة إعادة ترتيب الخريطة التنظيمية لوزارة الصحة، أو مزيج اللاعبين فى القطاع الخاص.

الخصخصة

أحد استراتيجيات الإصلاح التنظيمى التى يتم الدفع بها بشكل واسع، تتضمن تحويل مهمة تقديم الخدمات إلى القطاع الخاص. ولكن العالم يمتلئ بنماذج للأداء الجيد والسيئ فى كلٍ من القطاع العام والقطاع الخاص. أحد الدراسات فى ماليزيا وجدت أن الرعاية الوقائية، التى يقدمها أطباء القطاع الخاص، كانت ذات جودة أسوأ وأكثر محدودية من تلك التى تقدمها عيادات القطاع العام (الجونيد وزويى ١٩٩٧). وبالعكس، وجدوا أن منشآت الإرساليات الخاصة فى غامبيا، تقدم رعاية ذات جودة أعلى؛ مما نتج عنها طلبًا أعظم على الخدمة، وتغطية جغرافية أوسع (نيوبراندر وروزنتال ١٩٩٧). وحتى نصمم إصلاحات ذات فعالية، لذلك، نحتاج إلى فهم أفضل لكيف تؤثر الملكية على سلوك منظمات الرعاية الصحية.

لماذا تتصرف عيادات ومستشفيات القطاع العام والقطاع الخاص غالبا على نحو مختلف؟ ارجع إلى المفاتيح الستة (جدول ١٠,١). النقطة الأولى تدور حول الحوافز. يعتمد القطاع الخاص على السوق بشكل كبير. لتحقيق الأرباح، على البائعين المتنافسين ترضية المستهلكين عن طريق منحهم جودة وتكلفة معقولة. إلا أنهم ليس لديهم مصلحة فى تقديم رعاية لغير القادرين على الدفع – مثل الفقراء.

منظمات القطاع العام التى تتلقى تمويلها من الميزانية الحكومية، تستطيع محاولة تقديم خدمات عظيمة، وتأمل هذه المنظمات أن المنتفعين بخدماتها سوف يمارسون ضغطا على الحكومة من أجل زيادة تلك الميزانيات. أحد استراتيجيات "التغطية بالرعاية" البديلة هى الاعتماد على المستخدمين ليشكلوا جماعة ضغط، ومصدر سياسى على الحكومة. وحيث إن تحديد من هم المستخدمون، والتأثير عليهم، وتنظيمهم أيسر من صنع ذلك مع المستهلكين عموما، تصبح استراتيجية "التغطية بالرعاية" نموذجًا أكثر شيوعا لحد بعيد. والنتيجة غالبًا، مزيد من أطقم العمل، والتكلفة المرتفعة، والتدخل السياسى فى التعاقد والمشتريات، وخدمات منخفضة الجودة للمستهلكين الفقراء (أوسبورن وجيبلر ١٩٩٣، برازلاى وارماجانى ١٩٩٢).

هناك أيضًا اختلافات بين القطاعين العام والخاص فيما يتعلق بحوافز المدراء. يجد مدراء القطاع الخاص غالبًا أن مرتباتهم ووظيفتهم تعتمد على الأرباح. قد تعطى الشركات الخاصة المدراء مزايا إجمالية لزيادة ربحية مشاريعهم. فعليًا، بعض المدراء هم مالكون ويكسبون أرباحًا مباشرة. وعلى النقيض، مدراء القطاع العام غالبًا ما يأتون إلى مناصبهم من خلال السياسة، أو الخدمة المدنية، ولا يتلقون إلا القليل من الحوافز المرتبطة بالأداء (شو ١٩٩٩، تقرير البنك الدولى ١٩٩٧).

أيضا مدراء القطاع العام عمومًا يمتلكون سلطات أقل من سلطات مدراء القطاع الخاص. نظم المشتريات، والقوى العاملة ذات الطبيعة المقيدة غالبًا ما تسود فى القطاع العام؛ لتمنع مديريه من استخدام سلطتهم، لتحقيق غايات سياسية. ولكن، نتيجة لذلك، هم غالبًا لا يستطيعون خلق نظم حوافز قوية للعاملين لديهم. فى تنزانيا وزيمبابوى، مثلاً، وجدت دراسة أن الإداريين فى القطاع الخاص يتمتعون بمرونة واسعة فى استئجار، وفصل العاملين، إضافة إلى تحويل الأموال بين بنود الميزانية. فى الوقت الذى يرزح فيه المدراء بالقطاع الحكومى تحت أعباء لوائح وقواعد بيروقراطية، تستهلك الوقت (جيلسون وآخرون ١٩٩٧).

يختلف مدراء القطاع العام والخاص عادة أيضًا فيما يتعلق بالمهارات والقيم. المنظمات الخاصة المدارة جيدًا تحشد المدراء الذين يمتلكون تدريبًا وروحًا واهتمامًا بالعمل الإدارى. عديد من المدراء الصحيين فى القطاع العام، هم أطباء دون أى تدريب فى ميدان الإدارة، وهم على نحو خاص غير مهتمين بمهنة الإدارة. إنهم يرون المسئوليات الإدارية بوصفها انحرافًا عن "العمل الحقيقى"، وغالبًا لا يعرفون حتى ما لا يعرفونه فيما يتعلق كيف يصبحون مدراء فعالون؟. فى الهند، مثلاً، يترقى الموظفون الصحيون إلى مناصب فى المستويات الإدارية للبلدة أو المركز الإدارى ويطالبون بالإشراف – دون أى تدريب إدارى نوعى – على العمالة المعاونة، وخدمات الرعاية الصحية الأولية (مارتينيز ومارتينو ٢٠٠٢).

فى الأخير، ربما يكون هناك اختلافات بين المستخدمين فى القطاع العام والقطاع الخاص. فى بعض الحالات، يجذب القطاع العام الناس الملتزمين بالأهداف الاجتماعية. من الناحية الأخرى، القطاع العام، الذى يقدم وظائف آمنة أن لم تكن متميزة، يمكنه جذب أفراد لا يتمتعون بالمرونة نسبيًا ولا يحبون المغامرة. العمل الخاص، الذى يكافئ النشاط التنفيذى، يصبح على الأرجح جاذبًا لهؤلاء المغرمين بالبحث عن الفرص والمجهول.

نريد أن نشدد أيضا على أن اختيارات المالكين فى الرعاية الصحية أكثر تعقيدا مما يفترضه هذا التقسيم التقليدى بين العام والخاص. هناك غالبًا "طرف ثالث" فى شكل منظمات غير ربحية، غير حكومية. مثل هذه المنظمات الغير حكومية تجمع غالبًا بين الحوافز للمدراء، وقابليتهم للمساءلة عن طريق مجلس للإدارة لا يستهدف الربح وفقط. فى أحسن أحوالهم، تستطيع هذه المنظمات تحقيق "كفاءة فنية" (متضمنة كفاءة فى إنتاج الجودة) أكثر من المنظمات الحكومية الجامدة. أكثر من ذلك، تستطيع تلك المنظمات توظيف أطقم عمل ذات مهارات ودوافع مختلفة، أكثر مما تستطيعه أى من المنظمات الغير ربحية، أو تلك الهيئات العامة البيروقراطية التقليدية (جيلسون وآخرون ١٩٩٧).

بإيجاز، يستعرض القطاع العام غالبًا تكلفة أعلى واستجابة أقل للمستهلك مما يظهر مع القطاع الخاص. وعلى النقيض، غالبًا ما يكون القطاع الخاص أكثر مرونة واندفاعًا وأقل مسئولية اجتماعيه. وتنتج الملكية الخاصة كفاءة وجودة فقط عندما تجبر الأسواق المتنافسة المدراء على بذل مثل هذه الجهود. فى نفس الوقت، تباين الأداء داخل كل فئة من هذه الفئات هو أمر ملموس جدًا. هناك هيئات قطاع عامة ذات أداء عالى وهيئات قطاع خاص سيئة الإدارة. لا يوجد سبب نظرى يفسر لماذا لا يمكن تحقيق خدمة جيدة، وتكلفة منخفضة بواسطة مقدمى الخدمة القطاع العام، وبواسطة إدارة حسنة. الاختلافات الملحوظة هى بشكل رئيسى نتيجة هياكل وممارسات خاصة، أكثر من كونها محتومة بطبيعة ملكية مقدمى الخدمات فى حد ذاتها. التفاصيل والتنفيذ أمر حاسم. كيف إذًا يتوجب على القائمين على الإصلاح الصحى أن يختاروا بين استخدام القطاعين العام والخاص لتقديم الخدمات؟

نحن نعتقد أن هذا القرار يجب أن يعتمد على سمات متعددة لظروف الأمة وللأنشطة المعينة موضع النظر.

- **القدرة على إصدار اللوائح والقواعد التنظيمية:** الحكومة ذات الخبرة الفنية الأكبر، وذات مواطنون يطيعون القانون نسبيًا وذات جهاز إدارى وقضائى حسن العمل، تستطيع بشكل أسهل السيطرة على تجاوزات مقدمى الخدمة من القطاع الخاص.
- **أولويات الإصلاح:** أثر الأسواق أفضل على الكفاءة، ولكنه أسوأ على الإنصاف. اختيار شكل الملكية ربما يعتمد جيدًا على الأهمية النسبية لهذه الأهداف.
- **القدرة الإدارية للقطاع العام:** كلما كان القطاع العام يمتلك خبرات أفضل، وإدارة أفضل، وأقل وصاية، كلما كانت الحاجة إلى الخصخصة أقل إلحاحًا.
- **درجة وعى المستهلك:** كلما كان المستهلك أرقى وعيًا، كلما كان أسهل الاعتماد على السوق الخاص. يستطيع المستهلك الحكم على خدمة الأسنان بشكل أكثر سهولة، من الحكم على خدمة جراحة المخ.
- **التنظيم المهنى الذاتي:** تعمل أسواق الرعاية الصحية بشكل أفضل عندما يقبل البائعون بالأعراف المهنية، التى تقيد من استغلال المرضى وعندما تتواجد نظم رسمية فعالة لتنظيم المهنة من أجل العون فى فرض مثل هذا السلوك.

هذه المراجعة تفترض، أولاً، إن الأمم سوف تريد غالبًا مزيجًا من العام والخاص لتقديم الخدمة – طبقًا لأهدافهم فى مساحة بعينها، ولارتقاء وعى المشترى، والسلوك المهنى، والعوامل الأخرى. ثانيًا، هذه المراجعة تكشف المفارقة العميقة وهى أن الأمم الأقل تجهيزًا لجعل قطاعها العام يعمل بكفاءة هى غالبًا الأقل قدرة على تنظيم عمل الأسواق الخاصة لتحقيق الأهداف العامة. يجب أن يفيد ذلك كتحذير للقائمين على الإصلاح الذين يرون عدم كفاية منظمات القطاع العام الحالية ولكنهم لم يحللوا بعد ما سوف يحدث إذا ما جاء مقدمى الخدمة من القطاع الخاص الباحث عن الربح ليتسيد الساحة بدلاً من ذلك.

أحد مخططات التنظيم الثانية التى يواجهها القائمون على الإصلاح هى أحجام منظمات تقديم الخدمة على تنوعها. الحجم يؤثر على الأداء من سبل عدة. أولاً، الحجم الأوسع يمكنه تقليل التكلفة. مثلاً، المستشفيات الأكبر تستطيع الاستخدام الكامل للأجهزة وأطقم العمل المتخصصة (أجهزة الأشعة، وأجهزة تحليل غازات الدم – ومن يعمل عليها من فنيين؛ فيلدشتاين ١٩٩٣). التكاليف الإدارية (مثل مرتب المدير) يمكن توزيعه على مقام أوسع من المرضى. مثل هذه الميزة تتنوع مع مختلف أنشطة الرعاية الصحية. يبدو أن المستشفيات تستفيد من التكاليف الأقل حتى ٣٠٠ إلى ٤٠٠ سرير. الرعاية الصحية الأولية على الأرجح تجنى قليل. أو لا تجنى أية ميزة من ناحية التكلفة، عندما يعمل لديها العديد من الأطباء معًا فى نفس المنشاة.

الحجم الأكبر يمكنه تيسير الجودة الإكلينيكية. فعل المزيد من شيء ما – ولو افتراضيًا على الأقل – يمكنه أن يجعل المرء فى وضع أفضل به. "تأثيرات التشغيل" تلك تعمل على كل من مستوى الفرد والفريق. المهارة الإكلينيكية تعتمد على كل من المعدل الجارى "للمناظرات" (كم من الحالات يتم مناظرتها فى الشهر)، والخبرة التراكمية لمقدم الخدمة فى السنوات الأخيرة، حيث إن المعرفة الطبية توسعت والأجهزة والأساليب الطبية قد أصبحت مفهومة اجتماعية. وحيث إن كثير من الأمراض غير شائعة، يتطلب الأمر قاعدة واسعة من السكان لتقديم حالات كافية لدعم وحدة رعاية شديدة التخصص، أو طبيب متخصص على درجة عالية من التخصص.

المشكلة هى أن وجود قليل من مراكز الإحالة الكبيرة، يؤدى إلى حواجز تعوق القدرة على الوصول إلى الخدمة، بالنسبة لهؤلاء القاطنين خارج المراكز الحضرية الرئيسية مختلطة السكان، خصوصًا الفقراء منهم، وسكان الريف، والفئات المهمشة. وهكذا، البحث عن جودة إكلينيكية قد تؤدى إلى حالة صحية أقل

بين الجماعات ذات الوضع الصحى الأقل (البنك الدولى ١٩٩٣). دون ضغوط المتنافسين، ربما لا تحقق مثل هذه المراكز أيضا مميزات التكلفة المرجحة لديهم، لأنهم لن يبذلوا مجهودا شاقا بدرجة تكفى لتخفيضهم التكلفة. هناك أيضا ضغوط سياسية تجرى مناهضة للمحلية. مقدمو الخدمة والقادة السياسيون فى المدن الذين لم يختاروهم لتصبح منشآتهم مراكز على مستوى المنطقة من المعروف أنهم سوف يقاومون مثل هذه الترتيبات مقاومة عنيدة.

أكثر من ذلك، قد تحدث مصاعب اقتصادية نتيجة للحجم، حيث تتزايد التكاليف مع زيادة الحجم. تعانى المؤسسات الكبيرة غالبا من افتقاد التنسيق، وتجد صعوبات فى تحفيز طاقم العمل. يشعر الموظفون بعدم الأهمية ومن هنا الشعور بعدم مسئوليتهم عن النتيجة الفعلية لعملهم. إضافة إلى ذلك، يجد العاملون أن عليهم السفر مسافات طويلة فى نظام يفرض وجود مراكز كبيرة الحجم قليلة، لذا تتزايد تكلفة العمل.

تنشأ قضايا مماثلة على مستوى الرعاية الصحية الأولية. الاختيار بين آحاد من أطباء الأسرة، وعيادات بثلاث أو خمس أطباء ممارسين عموميين، وعيادات أكبر بعشرين أو ما يزيد طبيب. وتنشأ بعض من المساومات نفسها بين الجودة الإكلينيكية، وجودة الخدمة، والإتاحة الفعالة.

نحن لا نملك نصيحة مبسطة حول حجم المنشآت المطلوبة. ميزة وعيوب الحجم الكبير تعتمد على الوضع الخاص بكل أمة. المنطقة الحضرية كثيفة السكان، توفر عدد كاف من الناس، يدعم عدد من مقدمى الخدمة كبار الحجم. ونفس الشىء لن يكون صحيحا فى المناطق الريفية، أو حتى فى المدن متواضعة الحجم. أوروجواى ليست أوزبكستان. توافر خدمات المواصلات، درجة ارتقاء الوعى عند السكان الريفيين، عبء المرض فى بلد ما، ومستوى تنميتها الاقتصادية الكلية، كل ذلك سوف يؤثر على عواقب التمركز، مقابل انتشار الخدمات. الحياة السياسية

أيضا تتنوع. يعتمد السؤال جزئيًا على أى معيار أداء (الوضع الصحى مقابل رضا المستهلك) يكتسب أهمية أكبر، حيث إن الحجم قد يحسن من الجودة الإكلينيكية بينما يقلل من الإنصاف فى القدرة على الوصول إلى الخدمة والرضا عنها.

أكثر من ذلك، المنافع المحتملة من تشغيل الحجم الأكبر لن يتحقق تلقائيًا. ما يحدث فعليًا سوف يعتمد (كما هو الأمر دائما) على كيف يتصرف المدراء. لذلك، الأثر السلبى المحتمل للأحجام الكبيرة على تنافس الأسواق وعلى الحوافز التنظيمية علينا أن نضعها فى حسباننا. إلا أنه، فى البلدان ذات الميزانيات المحدودة، ميزات التكلفة والجودة الإكلينيكية للحجم الكبير، يجب كما نعتقد أن تظل محل نظر جدى.

"المجال" – الأثر على "خط إنتاج" المنظمة

تتناول الحكومات غالبًا مجموعة الأنشطة التى يضطلع بها كل مقدم للخدمة. إلى أية درجة يتخصص خط إنتاجهم للخدمة أكثر مما يتنوع (أى، هم يقومون بأشياء مختلفة عديدة)؟ مثلاً، هل يجب أن يدعم مجتمع ما مستشفيات متخصصة لرعاية الأم أم للسرطان، أم مستشفيات عامة تقدم رعاية لكل أنواع المرضى؟ برامج "رأسية" متخصصة للوقاية من أمراض، أم نظام رعاية صحية أولية "أفقى" متكامل؟ أطباء طب الأسرة، أم فرق الرعاية الأولية بأخصائيين متعددين؟

يمكن للتنوع أن يخفض التكلفة، لو مثلاً، سمح للمستشفى باستخدام إمكانيات الأشعة، والمعمل، وغرف العمليات لرعاية مزيد من المرضى. وبالمثل، مركز رعاية أولية لديه فعلاً التسهيلات، والثلاجات، والممرضات يستطيع تقديم التطعيم بتكلفة أقل (كإضافة إلى خط إنتاج خدماته الأخرى) مما تستطيعه خدمة منفصلة بالكامل بتكلفتها الخاصة.

المجال الأوسع يخفض أيضًا قاعدة السكان بالنسبة لمقدم الخدمة ومن هنا يسمح بمجموعة أكثر كثافة (وسهل الوصول إليها) من مقدمى الخدمة. بلدة صغيرة قد لا توفر الحجم الكافى لطبيب توليد، ولكنها قد تكون قادرة على دعم طبيب أسرة يقوم أيضًا بإجراء ولادات. التحول فى اتجاه الأمراض إلى المرض المزمن يزيد من أهمية هذه النقطة، حيث إن التعامل الفعال مع الحالات المزمنة؛ يتطلب نسبيًا مناظرة متكررة مع المريض.

من الناحية الأخرى، يخاطر التنوع بخسارة بعض مكاسب التخصص. الخبرة فى الصناعة تفترض أن الشركات المتنوعة الإنتاج قد تنتهى إلى أنها لا تصنع شيئًا واحدًا بشكل جيد. منظمة ذات خط إنتاج ضيق المجال، على النقيض من ذلك، تستطيع جذب العمالة ذوى الاهتمام الخاص فى نشاط معين، وكذلك انتمائهم للعمل لديها. تستطيع المنظمة تنمية "روح الانتماء للشركة" وأهداف محددة للإنتاج على أساس رسالة واضحة ومحددة. معهد متخصص فى القلب ومدار بشكل جيد، أو برنامج للوقاية من مرض، يستطيع الاستفادة من مثل هذا التركيز بطريقة غالبًا لا تستطيعها المستشفى العام، أو نظام الرعاية الأولية الواسع (هيرزلينجر ١٩٩٩).

ما هى النصيحة التى نستطيع تقديمها لمخططى النظم الصحية حول المجالات المناسبة لتقديم الخدمات المختلفة؟ بالنسبة للرعاية الصحية الأولية، حيث تكتسب القدرة على الوصول إلى الخدمة أهمية حاسمة، يصبح من نواحى كثيرة من الهام التوصية بمجال عريض (ومن هنا قاعدة سكانية أصغر). هذا هو الاختيار الوحيد نمطيًا فى المناطق الريفية. من الناحية الأخرى، هدف تحسين الجودة الإكلينيكية من خلال زيادة التخصص؛ يفسر سبب أن العديد من البلدان تمتلك مؤسسات للإحالة على المستوى الوطنى، أو الإقليمى للحالات الأشد صعوبة. لكن على كل أمة أن تقوم بهذه المساومات فى ضوء نسق توزيع منشآتها هى، ونظام مواصلاتها، وأولوياتها. وربما من المنطقى اتخاذ قرارات مختلفة للمناطق المختلفة أو الخدمات المختلفة.

يحتاج القائمون على الإصلاح أن يتذكروا، مع ذلك، أن التغيير في مجالات تقديم الخدمة يغير ما هو "ممكن"، وليس بالضرورة ما سوف يحدث "فعليًا". وحدة تكلفة جهاز أشعة عادية، قد ينخفض إذا ما أنتج مجالاً أوسع للخدمة حالات كافية له حتى يتم استخدامه كاملاً. ولكن "لن" يحدث هذا إذا ما كانت صيانة الجهاز سيئة، أو إذا نفذ مخزون المستشفى من أفلام الأشعة، أو إذا كان الفنى، الذى يعمل على الجهاز غير كفء، أو يغيب عن العمل بشكل متكرر. وهكذا تصبح الكفاءة الإدارية جوهرية لو أردنا تحقيق الفوائد المحتملة من الإصلاحات.

تقديم الخدمات للمناطق الريفية

فى عديد من البلدان، تنشأ مشكلة خصوصية تتعلق بصيغة من-يفعل-ماذا فى تقديم الخدمات بالمناطق الريفية. غالبًا، تقوم وزارة الصحة بتشغيل شبكة من المراكز الصحية (بقليل من أطقم العمل وأسرة الإقامة الداخلية) ووحدات أقل من المركز (بطاقم عمل دون أطباء ودون أسرة إقامة). إلا أن نفس الشكاوى من الشائع سماعها. الأطباء لا يريدون الذهاب إلى مناطق نائية، وإذا ما تم تعيينهم هناك؛ فهم لا يقومون بمسئولياتهم هناك. نقص الدواء والتجهيزات لا يتم صيانتها، وسوء الجودة الناتج عن ذلك؛ يمنع الاستخدام الأمثل لهذه المنشآت هناك (جريفين وشو ١٩٩٥، اكين وآخرون ١٩٩٥).

السبب لكل ذلك واضح. غالبًا الأطباء فى القطاع العام (بشكل رسمى أو غير رسمى) يحققون دخلاً إضافيًا عن طريق العمل الخاص (وزارة الصحة، مصر ١٩٩٤-٩٥). فى اندونيسيا، مثلاً، يستطيع العمل الخاص تحقيق مكسب لأطباء المدن يعادل مرة وثلث دخل الأطباء المعينين فى المناطق الريفية. هذا التباين موجود أيضًا رغم أن مقدمى الخدمة فى الريف يمنح لهم القطاع العام مرتبات أعلى بشكل ملموس (كوميتز وآخرون ١٩٩٨). المناطق الريفية الفقيرة

تمنح القليل من هذه الفرص، بالإضافة إلى القليل فى طريق فرص التعليم او الفرص الاجتماعية بالنسبة للأطباء وعائلاتهم. من النادر زيارة المشرفين للمناطق النائية، وهناك القليل من المتابعة لجودة الخدمة. بناء مزيد من المنشآت – التى سوف يبقى اكتمال أطقم العمل بها قائما، وكذلك مستوى التجهيزات ومستوى الاستفادة من خدماتها – نادرًا ما يكون إجابة فعالة على تلك المشكلة. هناك بلاد وزارة الصحة بها قادرة على تقديم خدمات فى المناطق الريفية، مثل سرى لانكا وكوبا (هسياو ٢٠٠٠). لكن تلك حالات خاصة: الأمم الصغيرة كثيفة السكان الريفيين، ودرجة عالية من الدوافع الإيديولوجية فى القطاع العام.

القطاع الخاص غالبًا ما يملأ الفجوات الناتجة فى الخدمة – ولو كان ذلك حتى من طبائع الأمور. عديد من الممارسين العامين هنا غير حاصلين على مؤهلات كاملة بالمعايير الغربية. بعضهم يمارس الطب التقليدى. أحسن هؤلاء ربما حصل على تدريبات فى برامج رسمية، كالنوع الموجود فى الهند والصين، ولكن الآخرين يمتلكون فقط خبرة عملهم كمساعدين لأرباب المهنة لسنوات. إلا أن الآخرين لديهم بعض التدريب على النمط الغربى – كالصيادلة، والممرضات، الممارسات للمهنة، المعاونين الصحيين (فرايد وجايدوس ٢٠٠٢. كاكار ١٩٨٨. شانكار ١٩٩٢). وحيث إن هؤلاء ينظم عملهم قليل من اللوائح، والقواعد وعلى أساس رسم-مقابل-الخدمة، لا يمتلك المواطنون، أو يمتلكون القليل من الحماية ضد افتقار الخدمة إلى الجودة، أو ضد المخاطر المالية عند استخدامهم لهذه الخدمات (بيرمان ١٩٨٨، كلاكين ١٩٨١).

كاستجابة للعديد من الحكومات على ذلك، تمثلت فى منحها حوافز للأطباء من أجل الخدمة فى الريف. بعض الولايات فى الهند تمنح تفضيلاً لأطباء الريف للتسجيل فى الدراسات الطبية التخصصية، ويمنحونهم "أماكن" منتقاة ومزايا "غير مهنية" لا تتضمن تغييرا فى نظام هيكل الأجور. بلاد شتى متنوعة مثل كندا (بمجتمعات المناطق

القطبية) وأوزبكستان خلقت مستويات تمييز فى الدفع لجذب الأطباء إلى المناطق الريفية (فى أوزبكستان بدفع أكثر من مرتب وأحد للأطباء؛ لاسى وآخرون ١٩٩٧). فى مناطق كيرالا الريفية فى جنوب الهند، الحكومات المحلية مسموح لها بإضافة ملحق للمرتب المعين على مستوى الولاية ككل لجذب الأطباء.

والبديل هو تغيير نوع مقدم الخدمة، طبقًا لنظرية أن هؤلاء الأقل تعليمًا ومكانة، ومن نفس الخلفيات الثقافية، سوف يكون من الأسهل تعيين مواقعهم فى المناطق الريفية. اعتمدت البلدان الفقيرة على الممرضات، والعاملين الصحيين فى مثل هذا السياق. فى العديد من البلدان الشيوعية السابقة، كانت الرعاية الصحية تقدم فى المناطق الريفية بواسطة من كان يطلق عليهم الـــ feldshers (رويمر ١٩٧٧). مقدمو الخدمة هؤلاء (نظراء مساعدى الأطباء فى الولايات المتحدة) بشكل ملموس مدربون تدريبًا أقل ممَّا لدى الأطباء، ولكنهم فى الغالب يحسبون "أطباء" فى بعض الإحصائيات الوطنية.

إلا أن الصعوبات السياسية فى إغلاق منشأة، أو إلغاء خدمة يعنى أن البرامج التى تبدأ كبديل – من أجل تخفيض التكلفة – تنتهى بوصفها ملحق إضافى للمرتب. لذلك خفض الميزانيات المأمول به لا يتحقق فى الواقع. ومن ثم من الممكن أن يفشل البرنامج لوجوده فى مناخ مالى منافس، ولا تجد المبادرة ما يكفى من أموال. هذا المصير أصاب بعض برامج العاملين الصحيين فى المجتمعات المحلية، على سبيل المثال.

بعض البلدان (مثل المكسيك) تستخدم زيارات أسبوعية أو كل أسبوعين تقوم بها عيادات متنقلة مجهزة جيدًا لتعزيز الرعاية الروتينية التى تقدمها ممرضات (سكرتارية الصحة بالمكسيك ٢٠٠٠). تعزز كلاً من استراليا وبتسوانا الرعاية فى المناطق النائية (التى تقدمها ممرضة مقيمة) بخدمة "الطبيب الطائر"، والتى هى كل من نظام إخلاء، وآلية لجلب الأطباء لإدارة عيادات دورية فى المناطق النائية (ماكدونالد ٢٠٠٢، اوكنور ٢٠٠١).

وهناك بديل آخر، وهو التعاقد مع منظمات من غير القطاع العام لتقديم الخدمة. فى اندرا براديش، وولايات هندية أخرى، تتعاقد الحكومات بشكل انتقائى مع المنظمات الغير حكومية؛ لتعمل فى مراكز صحية ريفية. فى العديد من البلدان فى شرق أفريقيا، منظمات الكنائس المسيحية، تتلقى تمويلا حكوميًا لإدارة مستشفيات تحل محل المستشفيات الحكومية فى المراكز الإدارية (جيلسون وآخرون ١٩٩٧). فى مناطق السكان الأبورجين الأصليين فى استراليا، الصناديق المالية العامة التى كانت تستخدم فى السابق لتشغيل الخدمات الطبية الحكومية، يتم تحويلها أحيانًا إلى المنظمات الغير حكومية المحلية (يشرف عليها مجالس إدارة مكونة من أعضاء المجتمعات المحلية) لتشغيل خدمات طبية تحت السيطرة المحلية (بيرسى ١٩٩٩).

لاستخلاص الميزات من هذه الاختيارات، يجب أن يدرك القائمون على الإصلاح أن نظامًا موحدًا قد لا يكون المقاربة الأحسن فى بلد متنوع اجتماعيًا وجغرافيًا. الدفاع عن التوحد على أرضية الإنصاف، عندما ينتج النظام رعاية غير منصفة فى الممارسة، هو خلط الواقعية بالرطانة.

من-يفعل-ماذا والإمداد بالمدخلات

لتعديل من-يفعل-ماذا فى نظام تقديم الخدمة، قد تجد الحكومة من المفيد – بل حتى من الضرورى – تغيير المدخلات فى النظام. اتخاذ قرار بالاعتماد على أسلوب أطباء الأسرة بنظام الدفع مقابل الفرد، مثلاً، لن يعمل على الأرجح إذا لم توفر الحكومة مزيد من أطباء الأسرة. وبالعكس، تقييد القدرة على الوصول إلى التجهيزات الرأسمالية الحاسمة، قد يصبح أيضًا طريقة فعالة لاستثارة تغيير فى النظام.

وأينما يتم تدريب الأطباء والممرضات فى المدارس الحكومية، عدد ومزيج أنواع الأفراد المدربين، يمكن تغييره بطريقة إدارية. مثلاً، فى استراليا، لتوسيع

عدد الأطباء فى المناطق الريفية، أعيد توزيع أماكن المدارس الطبية فى معاهد جديدة تركز على إعداد أطباء للعب مثل هذه الأدوار (فرونسكى ٢٠٠١). فى أوضاع أخرى، تعطى الحكومة تراخيص للمدارس الطبية ومدارس التمريض الخاصة، أو قد تعتمد هذه المدارس (أو طلابها) على الدعم المالى الحكومى. تستخدم هذه الآليات كأداة لتعديل مزيج أنواع الخريجين.

تدريب مزيد من الأطباء، قد يؤدى إلى زيادة التنافس فى الأسعار، أو زيادة فى الطلب الذى يحفزه العرض. زيادة العدد المبالغ فيه من الأطباء، قد يؤدى إلى زيادة الضغوط السياسية لزيادة العمالة فى النظام الحكومى، كما حدث فى مصر بمنتصف التسعينات (بيرمان وآخرون ١٩٩٧). ولسوء الحظ، نتائج ما يحدث فى النظام الصحى، لا تواكب ما تقرره الحكومات فى قضية القدرة التدريبية، بسبب الضغوط السياسية التى تحيط بمثل هذه القرارات.

تستطيع الحكومات أيضًا تعديل أى من مقدمى خدمة مسموح لهم بحيازة التجهيزات الرأسمالية. تستطيع الحكومات تطبيق هذه القواعد مباشرة فى منشآتها الخاصة. إضافة إلى ذلك، فى بعض البلدان، الحكومة هى المصدر الأكبر للرأسمال، حتى بالنسبة لمقدمى الخدمة من القطاع الخاص. فى ألمانيا، تقريبًا كل الاستثمارات الرأسمالية – حتى بالنسبة للمستشفيات المستقلة – تأتى من الدولة، وهى تستطيع المساعدة فى تشكيل أية من المؤسسات ينمو فى أى مجالات طبية (وايت ١٩٩٥). فى العديد من البلدان ذات الدخل المتوسط، مثل تايلاند، وكولومبيا والفلبين، بادرت الحكومة ببرامج إقراض مدعومة ماليًا لتشجيع تطوير المنشآت الصحية فى القطاع الخاص (هيرين ١٩٩٧، جريفين ١٩٩٢). وأينما يوجد قطاع خاص ممول ذاتيًّا، تتوافر نوعيات متعددة من الأدوات التنظيمية، وأساليب الدفع. على سبيل المثال، مشتريات المستشفيات من الأجهزة الجديدة، تتطلب موافقة من السلطات المحلية فى كندا، والأجهزة عالية التكنولوجيا – مثل أشعة الرنين المغناطيسى – مقيدة بشكل رئيسى للمؤسسات الطبية الأكاديمية (باتل ورشفيسكى ٢٠٠٢).

استراتيجيات التحفيز

تستفيد استراتيجيات التحفيز من ميزات حقيقة أن كل منظمة عليها أن تكتسب موارد مالية؛ حتى تستمر فى عملها. لذلك، حتى يتغير سلوك منظمة ما، يستطيع القائمون على الإصلاح الصحى تغيير ما يتوجب على هذه المنظمات صنعه للحصول على مثل هذه الموارد المالية. تحصل منظمات القطاع الصحى عمومًا على مواردها المالية بثلاث طرق، من الأسواق، ومن خلال عمليات وضع الميزانيات، ومن الهبات. المنافسة، أولى الاستراتيجيات التى نستكشفها، تعمل فى سياق الأسواق. التعاقد، الاستراتيجية الثانية، من الممكن أن يؤدى وظيفته من خلال أى سياق. تلك الاستراتيجيات ليس حصرية بشكل "متبادل". مثلاً، قد يصبح التعاقد أداة لزيادة المنافسة أو تغيير مزيج مقدمى الخدمة. نحن نتعرف ونحلل الصلات بين هاتين الاستراتيجيتين، كلما مضينا فى الحديث.

بناء المنافسة السوقية

كما لاحظنا فى الفصل الأول، نشأ اهتمام كبير فى السنوات الأخيرة لاستخدام السوق من أجل تقديم خدمات الرعاية الصحية. المشكلة بالنسبة للقائمين على الإصلاح هى تأكيد أن مثل هذه الأسواق تقدم الحوافز الحقيقية – بمعنى ضمان أنها سوق تنافسى بشكل معقول.

فى وضع كلاسيكى للسوق، يختار الزبائن (المرضى) ما يشترونه، ومن من؟، ويدفعون مقابل ما يشترونه. هذا يحدث مع قطاعات رعاية العيادات الخارجية من القطاع الخاص الكبير فى بلدان عديدة. يواجه مقدمو الرعاية الصحية الآخرون أوضاع ببعض- ولكن ليس بكل- سمات السوق الكلاسيكى. على سبيل

المثال، المستشفيات العامة فى العديد من البلدان تتلقى دعما للميزانية ولكنها تتلقى أيضا دخلاً ملموسا من رسوم المستفيد من الخدمة، وأشكال غير رسمية من الدفع. هذا المزيج يخضع المستشفيات لبعض حوافز السوق. فعليًا، بالنسبة لبعض المستشفيات العامة (كما فى الصين اليوم، وفى بعض المستشفيات العامة بالولايات المتحدة)، مثل هذه الرسوم تشكل معظم الدخل، وهكذا هذه المستشفيات فى وضع معتمد على السوق لحد كبير (ييب وهسياو ٢٠٠١).

المنافسة أمر مرغوب به؛ لأنها تدفع البائعين إلى الاحتفاظ بتكلفتهم منخفضة، وكذلك أسعارهم، وتدفعهم إلى الاستجابة للمستهلكين من أجل جذب أعمال إضافية. مدراء المشاريع التى تواجه خطر الانتهاء، قد يتملكهم دافعا قويا للعمل الشاق وتحمل المخاطرة. فعليًا، المشاريع التى يديرها مالكوها هى فى الأغلب الأكثر نجاحا – ويتحملون مخاطر أكبر – بالضبط؛ لأن المدراء لديهم الكثير ليخسروه، والكثير الذى يكسبونه، من نجاح شركاتهم (بيرل ومينز ١٩٩١).

تخلق المنافسة أيضا حوافز للعاملين. وكما كتب الكاتب الصحفى الإنجليزى صامويل جونسون، "أفق الشنق يفيد بشكل عجيب على التركيز". يعرف العاملون أن الفشل فى التكيف مع سوق تنافسى، قد يؤدى إلى خسارة وظائفهم. قد يجعلهم ذلك أكثر ترحيبًا بالعمل الشاق، وقبول التغييرات المصممة؛ لزيادة آفاق نجاح الشركة.

وكما أشرنا فى الفصل الثالث، يفضل الاقتصاديون غالبا الأسواق التنافسية لخصائصها المرغوبة نظريًا فى صياغة كفاءة توزيع المخصصات ووضع باريتو الأمثل. لكن فى العالم الحقيقى، قد تكون القيمة الأعظم للمنافسة فى تخفيض التكلفة وتحسين جودة الخدمة. على المدى المتوسط، تشجع المنافسة أيضا على الابتكار، كلاً من الأشكال الجديدة من الرعاية الطبية (أى دواء جديد)، وأنماط جديدة من تقديم الخدمة.

حتى عندما لا يدفع المرضى مباشرة مقابل الرعاية، من الممكن نشوء حوافز تنافسية من الترتيبات التمويلية وطرق الدفع. ربما تتنافس المستشفيات من أجل خدمة المرضى، الذين يغطيهم التأمين الصحى. قد يجد أطباء الممارس العام أنفسهم يتنافسون على المرضى، الذين تدفع لهم الحكومة رسمًا مقابل الفرد. حتى المستشفيات المموّلة عن طريق الميزانية، سوف تواجه بعض ضغوط السوق لو وضعت ميزانيتهم بطريقة تعكس حجم الرعاية التى يقدمونها. مفتاح الأثر التحفيزى للسوق ما لدى المستهلك من اختيارات، وهل تتبع النقود المرضى (أى الزبون) – بغض النظر عن المصدر الذى تأتى منه.

العديد من أسواق الرعاية الصحية الحقيقية هى ما يسميه الاقتصاديون "احتكار القلة" – أسواق لديها فقط قليل من البائعين، الذين يستطيعون بشكل محتمل تنسيق سلوكهم لرفع الأسعار وتحجيم المنافسة. وفى الحد الأبعد، قد يصبح هناك بائعًا واحدًا فقط – احتكاريًا يتملص من ضغوط السوق، ليسيطر على التكلفة، أو يقدم خدمة ذات جودة؛ لأن المرضى ليس لديهم أى مصدر آخر لتقديم الرعاية.

العديد من أشكال القواعد التنظيمية للجودة فى الرعاية الصحية – شاملة متطلبات التدريب والترخيص – لسوء الحظ لديها آثار جانبية تحد من المنافسة. من الممكن أن تتصرف الجمعيات المهنية بطريقة رسمية (من خلال ترتيب التسعير)، وغير رسمية (من خلال الضغوط الاجتماعية)، لتحد المنافسة (برنان وبرفيك ١٩٩٦، وستار ١٩٨٢). فى بعض الحالات، تعطى الحكومة الجمعيات الطبية القدرة على تقييد دخول ممارسين جدد، وهو تحرك ذو تبعات مناهضة للمنافسة بشكل واضح.

استكشف الاقتصاديون كيف يمارس "هيكل الصناعة" نفوذه على مستوى المنافسة فى سوق بعينه (بونر ١٩٩٥، كيفز ١٩٩٢، هويكمان ١٩٩٧). تشير كلمة "هيكل" إلى عدد البائعين وحجم توزيعهم، تواجد أو غياب "حواجز الدخول". مثل

هذه الحواجز تتضمن القيود القانونية (مثل المرضى)، والتحكم فى الموارد النادرة (مثل إن لديك جهاز الأشعة العادية الوحيد فى البلدة)، شهرة البائع التى تضمن العمل ("التمييز فى الإنتاج")، والمشاكل التى سوف تشكل منافسة محتملة للحصول على رأس المال. النتائج التنافسية تحدث أكثر بوجود مزيد من البائعين، وعندما يكون من الأسهل بالنسبة للبائعين الجدد دخول السوق. عندما لا يكون موجودًا إلا القليل من الشركات، التى يتوفر لها حماية فائقة، يصبح من المرجح استطاعتهم التآمر بنجاح. لذلك تستطيع الحكومات إتباع استراتيجيات للتغلب على موانع الدخول فى السوق، وزيادة أعداد البائعين، وبالتالى زيادة التنافس:

- **قلل من موانع الأحكام التنظيمية:** تستطيع الحكومة تخفيف قوانين الترخيص وبراءات الاختراع، وإصدار إعفاءات إضافية بالنسبة للمنشآت أو التجهيزات، أو تحرم الجمعيات المهنية من سلطاتها الحصرية.
- **ادعم المنتجين الجدد:** تستطيع الحكومات استخدام القروض، والمنح، والاستثمار المباشر، أو التعاقدات طويلة الأمد لمساعدة الداخلين الجدد على تنمية رأسمال، أو تضمن أن لديهم زبائن. مثلاً، المنتج المحلى لتطعيم ما، الذى بدأ إنتاجه بقروض حكومية، يستطيع فرض سعر مساعد له، ليقيد المورد الأجنبى لنفس النوع.
- **فرض قوانين مناهضة للاحتكار:** تمتلك العديد من البلدان بنود قانونية مناهضة للاحتكار، وتشجع المنافسة، تحظر نمطيًا التواطؤ على فرض أسعار وتجرم الاتفاقات الصريحة لتقسيم الأسواق مسبقًا. فى بعض الحالات، تقيد هذه القوانين الاندماجات المناهضة للمنافسة بين الشركات. التأكد من التنفيذ الفعلى لهذه القوانين، وأن من الممكن تطبيقها على الجمعيات المهنية، كل ذلك يضمن تحفيز المنافسة وتوسيعها.

مع ذلك، المدى الذى يمكن أن تمضى إليه الحكومات لزيادة المنافسة فى القطاع الصحى، تساهم عديد من خصائص هذا القطاع فى أن يصبح أمرًا معقدًا، عندما يتلقى مقدم الخدمة رسمًا مقابل الخدمة، حيث تستطيع المنافسة المتزايدة أن

تؤدى إلى استغلال جهل المرضى بواسطة هذه الشركات، وإلى أن تخلق طلبا على الخدمة يحفزه مقدمو الخدمة (بيب ١٩٩٨). لذلك، هناك مخاطرة حقيقية بأن تزيد السياسات الدافعة للمنافسة من حجم الرعاية الغير سليمة. كذلك تخفيف قوانين الترخيص قد يثير أيضًا همومًا حول الجودة الإكلينيكية، إذا ما دخل السوق منتجى خدمة دون تدريب جيد. أكثر من ذلك، وكما لاحظنا أعلاه، قد يحدث أيضًا شدًا بين المنافسة وبين ميزات اقتصاديات الحجم.

التعاقد

فى ظل نظم الدفع التى ناقشناها فى الفصل السابق، بعض الهيئات الحكومية (مثل وزارة الصحة، أو صناديق الضمان الاجتماعى) يضع جداول للأسعار، وتدفع هذه الهيئات لكل مقدمى الخدمة طبقًا لهذه الجداول. وبينما تلك هى المقاربة الشائعة فى الدفع مقابل الرعاية الصحية، لا يوجد بديل. يستخدم التعاقد الاختيارى مقابل الخدمة، لتقديم حوافز؛ حتى بينما تكون الأسواق أسواقًا تنافسية بشكل غير تام – على الرغم من أن العمل على زيادة التنافس من الممكن أن يكون استراتيجية مكملة (انجلاند وآخرون ١٩٩٨).

"التعاقد" هو اتفاق مكتوب بين المشترى والبائع. يوافق البائع على تقديم بضائع وخدمات معينة، وفى المقابل يوافق المشترى على إعطاء البائع كمية معينة من النقود. يحدد العقد شروط هذا الاتفاق: ما الذى يقدمه البائع، وما الذى يدفعه المشترى، ومواعيد التقديم والدفع، ومدة الاتفاق، وتجديد مواد العقد (إذا ما كان هذا شرطا)، والشروط الجزائية فى حالة الإخلال بالاتفاق، وعمليات تسوية المنازعات؟. قد يوفر التعاقد مزيد من التفاصيل لمجموعة الحوافز، وأشكال مرونة أكثر من كونها طريقة دفع. فى الواقع العملى، التعاقد يجمع بعض من السمات الإجبارية لمخطط تنظيمى مع الأثر التحفيزى لنظام الدفع.

على سبيل المثال، تستطيع وزارة الصحة التعاقد مع مستشفيات لدفع رسمًا يغطى تكلفة ثابتة معينة، إضافة إلى دفع مقابل على أساس الحجم لتغطية تكاليف متغيرة. حجم كل نوع من أنواع الدفع، قد يقوم على أساس الوضع المالى الخاص بكل مستشفى. هذا المزيج سوف يعمل على كل من خلق حوافز للإنتاجية، ويمنح المستشفيات بعض الحماية ضد المخاطر المالية إذا ما انخفض الحجم.

مثل هذه الفلسفة للعرض مع جانب التكلفة مع المشاركة فى تحمل المخاطر، ترشد الحكومات فى تعاقدها مع المستشفيات فى جمهورية القرغيز، حيث تسترد المستشفيات مستحقاتها المادية على أساس حجم المرضى، مع دمج تعديلات معتمدة على التشخيص عند الدخول (شبيه لفكرة آلية الفئات ذات العلاقة بالتشخيص diagnosis related group (DRG)، التى ناقشناها فى الفصل التاسع (جورى ٢٠٠١).

قد يصبح التعاقد أمرًا مساعدًا على نحو خاص أينما امتلكت المستشفيات القطاع العام استقلالاً ذاتيًا ملموسًا وكانت معتمدة على نفسها. الحوافز التى يوفرها التعاقد تملأ الفجوة القائمة بسبب انكماش الإشراف المباشر. مثلاً، قد ينص التعاقد أن على المستشفى توفير حجم معين من الرعاية المجانية للمرضى الفقراء. فى الفلبين يجب أن تحجز المستشفيات الخاصة على الأقل ١٠% من طاقة الأسرة للرعاية الخيرية للمرضى الفقراء (هيرين ١٩٩٧). المخرجات المحددة فى العقد يمكنها أن تمتد لتضمن أن تلك المستشفيات تسير فى عملها نحو تحقيق أهداف القطاع العام ولا تغفل عنها. مستشفى كينياتا الوطنية ذات الإدارة الذاتية فى كينيا، هى نموذج للنوع الأخير. فمنذ أن منحت حرية أكبر، فهى تتحمل تكلفة أكبر من السابق، من الواضح أنها لا تقدم خدمات أكثر، وقد خفضت الخدمات المقدمة للفقراء داخل المدينة. من الصعب أن تعرف إذا ما كانت هذه المستشفى تحقق، أو لا تحقق أهداف الحكومة؟ لأنها لا تمتلك دورًا معينًا طبقًا للتعاقد الحكومى (انجلاند ٢٠٠٠).

قد يستخدم التعاقد أيضًا فى تنفيذ تغييرات صيغة من-يفعل-ماذا. مثلاً، يستطيع صندوق تأمين اجتماعى اتخاذ قرار بالدفع مقابل خدمات معينة فقط فى مناطق مختارة "مراكز ممتازة" - ويكتب عقودًا فقط مع هذه المراكز (بيكر وآخرون ١٩٩٩، وولتر ١٩٩٩). أو قد تستطيع وزارة استخدام التعاقد للتحول بالرعاية من مجموعة مقدمى خدمة (العيادات الخارجية فى المستشفيات) إلى اتجاه آخر (أطباء الأسرة).

يستخدم التعاقد أيضًا فى تغيير الممارسات الإدارية: مثلاً، ليتطلب الأمر من المستشفيات توظيف مدراء ذوى مؤهلات معينة، أو لتوفير مستوى معين من العاملين. وبالمثل، كجزء من العقد، ربما يتحتم على المستشفى أن توافق على إنشاء عمليات مراجعة كل أسباب وفيات المرضى، أو خلق هيئة مراجعة لضمان أن كل مشاريع الأبحاث تجرى وفقًا لمعايير محددة. وكل ذلك بأمل أن هذه المراجعات سوف تولد حوافز جديدة للأطباء - ولو كان حتى فقط تجنب الإحراج بسبب القرارات السيئة أمام زملائهم فى المهنة (بوسك ١٩٧٩).

العلاقات التى تنشأ بسبب التعاقد، ربما تكون علاقات بسيطة لا تمتد أكثر من ذراع، وربما تصبح أكثر تشابكًا. قد ينص عقد بسيط على أن البائع سوف يقوم بتقديم عدد معين من جرعات التطعيم ذات الفعالية المحددة لمكان مخصوص فى تاريخ معين، وسوف يتلقى عند الانتهاء من ذلك مبلغًا معينا من المال. أو قد يتضمن الاتفاق مزيج معقد من المخاطر، والمسئوليات - مثل، حينما تتفق منظمة غير حكومية على إدارة عدد من المراكز الصحية بعض العاملين فيها موظفون حكوميون والحكومة مسئولة عن بعض الأعمال (صيانة المبانى) وغير مسئولة عن الأعمال الأخرى (الإمداد بالدواء).

يتطلب التعاقد المركب درجة من الثقة المتبادلة بين البائع والمشترى. يحتاج الطرفان إلى تبادل المعلومات والعمل معا، لحل المشاكل خلال العلاقة المستمرة فى العمل (انجلاند ٢٠٠٠). فى مثل هذه الأحوال، بنود العقد المحددة بشكل ضيق لا تستطيع تغطية كل أزمات الطوارئ الغير متوقعة التى قد تنشأ. يتطلب التعامل مع التطورات الغير منظورة – مثل، الفيضان، أو أى كارثة من صنع الإنسان للمراكز الصحية التى يتم التعاقد عليها–بعض التكافل، القائم على أساس أن كل طرف يأخذ مصلحة الطرف الآخر فى اعتباره بشكل جاد.

عملية تنفيذ التعاقدات قد تتنوع جوهريًا. أحيانًا يكون هناك "طرح لمناقصة" رسمية تسمح بالتنافس يكسبها المتقدم بالعطاء الأقل. وأحيانًا يتم تقييم المناقصة على أساس الجودة الفنية إلى جانب السعر، ويتم حسابها "بالدرجات". وأحيانًا تتقدم الشركات بمؤهلاتها، وفقط هؤلاء الذين يعتبرونهم مؤهلين يسمح لهم بالانضمام إلى المناقصة. وأحيانًا تتم الممارسة بين الشركات بوصف كل شركة "مصدر منفرد" – وربما مقاولان أو ثلاثة محتملين فى منافسة غير رسمية.

تفترض الخبرة العملية أن الإجراءات الرسمية تجدى؛ عندما يكون الناتج بمعايير قياسية (سهل التوصيف). العمليات ذات التدقيق الأكبر تتضمن مخاطرة أعظم بشبهة المحسوبية والفساد، ومن الأفضل إلحاق جهاز بها مثل هيئة للمراجعة، لتحافظ على كل من شكل وجوهر النزاهة.

تعتمد نتائج التعاقدات على مستوى المنافسة فى السوق. تساعد المنافسة على كفاءة فعالية التعاقد، حيث إن المشترى يستطيع التهديد بالذهاب إلى مكان آخر. وهكذا، بناء المنافسة يمكنه المساعدة بدعم استراتيجية التعاقد. أكثر من ذلك، كلما كان حجم المشترى أكبر، كلما كانت الشروط التى يستطيع المطالبة بها من البائع أفضل.

عندما يكون المشترى هو الزبون الوحيد – أى، صندوق الضمان الاجتماعى – قد تتغير ديناميكيات الأمور. لذلك، إذا ما كان المشترى كثير المطالب، قد يفلس

البائع. البائعون، فى مواجهة مثل هذا المصير، سوف يحتشدون سياسيًا لحماية أنفسهم، ويستخدمون التهديد بالإفلاس؛ لإعادة المفاوضة حول التعاقدات القاسية.

وعندما يكون وضع كل من البائع، والمشترى وضعًا احتكاريًّا (ما يسميه الاقتصاديون "احتكارا ثنائى الأطراف") من الصعب التنبؤ بنتيجة الوضع (فيلدشتاين ١٩٩٣). إذًا، المشترى يحتاج إلى البائع (أى، المستشفى الوحيد فى المنطقة) بنفس القدر الذى يحتاج فيه البائع إلى المشترى (مشترى الخدمة الوحيد).

تتعلق مسألة المنافسة بشكل خصوصى بالأمر؛ عندما تستخدم الحكومات أشكال من التعاقد تسمى أحيانًا باسم "أسواق مزيفة" أو "فصل ما بين الشارى والبائع). فى هذه الاستراتيجية، هيئة عامة كانت فى السابق تمول وتقدم الخدمة يتم تقسيمها إلى هيئتين منفصلتين. باختصار، فصل التمويل عن البائع – شاملاً وحدات تقديم الخدمة، التى كانت تتبع فى السابق الهيكل الموحد (انجلاند وآخرون ١٩٩٨، فلاين وويليامز ١٩٩٧). عندما يكون للبائع الجديد وضعًا احتكاريًّا، فهو يستطيع بشكل فعال مقاومة جهود المشترى للتحكم فى التكلفة. حدث هذا فى نيوزيلندا، عندما ذهبت مجالس الإدارة الصحية المشكلة حديثًا فى المناطق للمفاوضة مع المستشفيات العامة المستقلة حديثًا (ولكنها تتخذ وضعًا احتكاريًّا محليًّا) (مشروع كراون الصحى ١٩٩٦).

البلدان التى تخطط لاستخدام التعاقد تحتاج إلى النظر فى القدرات المطلوبة لتنفيذ ذلك بنجاح. هل تلك القدرات لديها الحنكة لتطوير مواصفات، واتخاذ قرارات فيما يتعلق بالتعاقد، كتابة العقود، ومتابعة الالتزام ببنود العقد؟ التعاقد لا ينهى دور وزارة الصحة، ولكنه يغير من الدور الذى تلعبه بشكل ملموس (والاحتياجات المصاحبة لذلك من مهارات وعاملين؛ بينيت وميلز ١٩٩٨).

هذه المهمات قد تصبح تحديًا على نحو خاص عندما تكون "الخدمات الناتجة عن العقد" مركبة. ومن ثم، عمليات التفاوض وإدارة العقد تفصيليًا تصبح هامة

على نحو خاص فيما يتعلق بالمخرجات. فى بعض الأحيان تركز الهيئة الحكومية بشكل غير سليم على عملية استحقاق العقد – من "ينتصر". إلا أن، ما سوف يربحه المنتصر (بنود العقد)، وأوجه التعامل مع المنتصر مع الوقت، على الأرجح سوف يكون حاسما فيما يتعلق بالأثر طويل المدى للتعاقد. تذكر، لدى المتعاقدين بهدف الربح كل الحوافز لتخفيض التكلفة (والخدمات)، ورفع الأسعار وتقليل الجودة، إلا إذا لم يؤد إدارة العقد، أو التهديد بعدم التجديد إلى التصرف بشكل آخر.

كل من زامبيا وغانا قد حاولتا تنفيذ عناصر من مقاربة "السوق المصطنع" للتعاقد، بتقسيم وزارة الصحة إلى هيئة ممولة وأخرى "متعاقدة" مع منظمة لتقديم الرعاية الصحية. اكتشف كل البلدين أن هذا النوع من التغيير يتطلب مزيد من القدرات الإدارية أكثر كثيرا من الإدارة الحكومية التقليدية المموّلة عن طريق الميزانية (جيلسون وآخرون ١٩٩٧، ميلز وبرومبرج ١٩٩٨). وبالمثل، تقييم للتعاقد من خلال إدارة المستشفيات القروية فى جنوب أفريقيا وجدت نتائج مختلطة، فى جزئها الأكبر؛ نتيجة سوء استعداد الحكومة لكتابة العقد، والعائد، وإدارة التعاقدات (برومبرج وآخرون ١٩٩٧).

بعيدًا عن مجالات الأداء، للتعاقد عيوب أخرى. العمل الجوهرى فى عمليات التعاقد، ينشأ من التكاليف الإدارية الأعلى من تلك النفقات فى نظام دفع موحد وبسيط. بالإضافة إلى ذلك، الحرص المصاحب يخلق مخاطر المحسوبية والفساد. وهكذا، قابلية هذه الاستراتيجية للتطبيق العملى، تعتمد فى جزء منها على مهارة وحصافة الهيئات ذات العلاقة. أكثر من ذلك، إذا لم يكن مدراء المنظمات المتعاقدة يمتلكون السلطة والحافز والمهارات للاستجابة إلى الحوافز التى يخلقها التعاقد، الفوائد المحتملة من هذا الوضع على زر التحكم فى التنظيم، قد لا يتحقق.

استراتيجيات الحوافز: الملخص

حتى نوجز، كيف تستطيع استراتيجيات الحوافز- التى سبرنا غورها الآن- التأثير على أداء نظام الرعاية الصحية؟

فائدة المنافسة الأولية هى تقليل التكلفة وزيادة القدرة على الاستجابة لما يفضله المستهلك، لأن ذلك هو ما يتحتم على المتنافسين صنعه للنجاح. هذه التغييرات يجب أن تزيد رضاء المنتفعين عن نظام الرعاية الصحية. إلا أن سواء ارتفع الوضع الصحى أم لا؛ فذلك يعتمد على ما هو رد فعل مقدم الخدمة، وعلى ما تختار الحكومة استخدامه لتوفير أى تكلفة. مثلاً، المنافسة التى تستثير إفراط غير سليم فى الاستخدام، سوف تقلل من الكفاءة الإكلينيكية، وترفع من التكاليف. تكلفة التسويق أو الرعاية، التى يحكم عليها المرضى بأنها مرغوبة، ولكنها لا تساهم فى تحسين الوضع الصحى قد تزيد أيضًا. ضغوط تجنب خسائر مالية قد تقلل أيضًا من القدرة على الوصول إلى الخدمة والحماية ضد المخاطر بالنسبة للفقراء.

آثار التعاقد الطويلة المدى تعتمد على كيفية التنفيذ. حيث إنها إذا ما تمت بشكل جيد، فهى تستطيع تحسين الكفاءة الفنية (بإنشاء السيطرة على التكلفة)، وكفاءة توزيع المخصصات (بإعادة توجيه الموارد)، والجودة الإكلينيكية، وجودة الخدمة (لو تضمن التعاقد أهداف أداء قابلة للقياس). التعاقد بهدف تحسين القدرة على الوصول إلى الخدمة بطلب حجم من الرعاية المجانية – وبهذا الشكل، يتم تحسين الإنصاف فى نظام الأداء. وكما أشرنا، يرفع التعاقد من تكلفة التعاملات – نفقات الكتابة، والمكافآت، وإدارة العقود – التى يجب أن تكون محل تفكير. موارد هذه الأنشطة تأخذ أهمية حاسمة، حيث إن صنع تعاقدات سيئة؛ لن يحقق على الأرجح فوائده المحتملة.

التدخلات الإدارية

عواقب تغيير الحوافز الخارجية أو صيغة من-يفعل-ماذا، تعتمد على كيف تؤثر هذه التدخلات على تقديم خدمات الرعاية الصحية. وذلك يعتمد بشكل حاسم على إدارة منظمات الرعاية الصحية. هذا القسم ينظر فى تغييرات السياسة التى تستهدف الممارسات الإدارية – المجموعة الثالثة من الاستراتيجيات المندرجة تحت زر التحكم فى التنظيم.

نحن نستكشف أولاً نوعين من التدخلات، التى تشمل "إعادة الهيكلة" للقطاع العام: اللامركزية والكيان الكبير الجامع لمقدمى الخدمة على تنوعها. ثم نفحص تاليًا تغيير الممارسات الإدارية دون إعادة هيكلة، ونفحص فى نفس الوقت القابلية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، والتعاقد الخارجى، كسبيل للتقدم بأهداف القطاع الصحى.

إعادة هيكلة القطاع الصحى ١: اللامركزية

لهذا الحد أو ذاك، ناقشنا حوافز مقدمى الخدمة من القطاع الخاص، أو القطاع شبه العام. ما هى الاختيارات المتاحة أمام القائمين على الإصلاح الذين يريدون زيادة القابلية للحساب، وتحسين أداء مقدمى الخدمة، ولكنهم يتركون مقدمى الخدمة هؤلاء على حالهم فى القطاع العام؟ إحدى الإجابات التى تكتسب شعبية متزايدة فى أنحاء العالم هى اللامركزية.

الحجة البارزة هى أن النظم المركزية الوطنية لا تستطيع (أو على الأقل غالبًا لا تستطيع) توفير إشراف فعال على تقديم خدمات الرعاية الصحية المحلية، خصوصًا فى بلد واسع وشديد التنوع. يواجه المواطنون التعساء عراقيل بيروقراطية كثيرة جدًا حتى يسمعون شكواهم. مع عديد من المنشآت الواجب

متابعتها، لا يستطيع المدراء المركزيون القيام بالمتابعة الزمنية لنقاط قصور الأداء – أو لديهم كثير من الأسباب لعدم الاهتمام بها – فى المستشفيات والعيادات كل على حدا. أكثر من ذلك، مدراء الأقاليم، أو المراكز الصحية الإدارية نادرًا ما يسائلهم أحد عن جودة الخدمات فى مناطقهم (جزئيًا لأن الأداء غالبًا لا يتابعه أحد). وهكذا، هؤلاء المدراء أيضًا لا يوفرون سيطرة فعالة على أداء المدراء المحليين، ولا يسائلونهم عنه.

نوع اللامركزية محل نظرنا هنا هى أحيانًا ما تسمى "تخفيض الوزن والحجم". فهى تتضمن نقل السلطة إلى وحدات مناطقية من الحكومة. بالنسبة للرعاية الأولية، هذا يعنى غالبًا تحويل السلطة إلى المستوى المحلى. الوحدات الجغرافية الأوسع (المراكز الإدارية) غالبًا ما تأخذ مسئولية الرعاية فى المستشفيات. التغيرات التى تعطى ببساطة مزيد من السلطات للمكاتب الإقليمية فى هيكل مركزى، ما يسمى غالبًا "تفكيك التمركز"، هى عن حق نوع مختلف من الإصلاح الإدارى (ميلز وآخرون ١٩٩٠).

المدافعون عن اللامركزية يجادلون بحجة أن التحكم المحلى، سوف يحسن من تقديم الخدمة. سوء الأداء سوف يكون ظاهرًا بشكل أكبر، وسوف يشعر المدراء بضغوط أكبر للعمل على مواجهته. المحاباة، والفساد سيظهران بشكل أكبر، والثمن (الذى يأخذ شكل سوء الأداء) سوف يكون أقل قبولاً. سوف يجد الناس لديهم أحد الأشخاص قابل للمسائلة عن أدائه بواسطة المؤسسات السياسية الإقليمية، أو المحلية. كل ذلك، كما يدعون، سوف يؤدى إلى تقليل التكلفة إضافة إلى جودة، خدمة وجودة إكلينيكية أفضل (اوستروم وآخرون ١٩٩٣، البنك الدولى ١٩٩٣).

البيروقراطيات الوطنية، من المبدأ، تستطيع الاستجابة للظروف المحلية المتنوعة. ولكن المدافعين عن اللامركزية ينادون بأن البيروقراطية فى الممارسة تتجاهل مثل هذا التنوع. وعلى النقيض، سوف تزيد المركزية من القدرة على

الاستجابة للظروف، والاحتياجات المفضلة على المستوى المحلى. مثلاً، إنفاق مزيد من الأموال على مكافحة الملاريا فى المناطق الموبوءة بها، أو أن مزيج الخدمات المقدمة سوف ينضبط، ليناسب احتياجات السكان المحليين.

معظم أشكال اللامركزية سوف يتضمن مزيجًا من الإصلاحات فى مجالى الإدارة، والتحفيز. على سبيل المثال، يواجه المدراء غالبًا قدر مضاف من المسائلة فى شكل مجالس الإدارات المحلية، التى توظفهم، وتقيلهم من العمل وتصرف لهم مكافآتهم بناءً على أدائهم. بالإضافة إلى، لدى المدراء قدر أوسع من السلطة على العاملين وعلى عملية التعاقد والمشتريات – ما يسميه بوصيرت "مساحة القرار" (بوصيرت ١٩٩٨). فى رأينا إن هذه التغييرات يجب إن تمضى معًا. الحوافز دون قدرة على الاستجابة لن تصبح ذات فعالية على الأرجح. ولكن تخلى المستوى المركزى عن تحكمه ليس بالأمر السهل. فعليًا فى تشيلى طبقت الحكومة اللامركزية أولا ثم أعادت مركزية نظام المرتبات، تحت ضغط النقابات فى القطاع العام.

لامركزية القطاع الصحى تفيد أيضًا أهداف القطاع الغير صحى. وقد يتضمن ذلك إنعاش حيوية الحكم المحلى بمنحه مزيد من المسئوليات، أو تحويل المسئوليات المالية بعيدًا عن الحكومة الوطنية بالضغوط الشديدة التى تتعرض لها. فى مثل هذه الحالات، قد تقبل الحكومة بأداء أقل من القطاع الصحى من أجل تحقيق هذه المستهدفات الأخرى.

قد تتسبب لامركزية تمويل الرعاية الصحية فى مشاكل خطيرة تتعلق بالإنصاف. المناطق الأغنى تستطيع تمويل نفس الخدمات بنسب ضرائب أقل (أو تمويل مزيد من الخدمات بنفس الضريبة) مما تستطيعه المناطق الأكثر فقرًا. إذا لم تقم آليات إعادة توزيع فيما بين المناطق، سوف تصبح المناطق الفقيرة ضحية لهذه اللامركزية – كما حدث فى البوسنة (فوكس ووالیش ١٩٩٨). من الناحية الأخرى، عندما تنشأ جهود قوية لإعادة التوزيع، تستطيع المناطق الفقيرة فعليًا جنى الفوائد

من اللامركزية. وكما يظهر الدليل من تشيلى وكولومبيا، إعادة التوزيع على أساس صيغة موضوعة قد تعالج المناطق الفقيرة عمومًا بأحسن مما كان سابقًا بعمليات وضع الميزانيات ذات الدوافع السياسية (بوصيرت وآخرون ٢٠٠٣). فى هذا السياق، التمويل المجتمعى، كما ناقشناه فى الفصل الثامن، يمكن رؤيته كشكل من اللامركزية، التى توحد سلطة إدارة تقديم الرعاية الأولية، مع المسئولية المالية على كل مستوى محلى.

يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى وهم يتدبرون تنفيذ اللامركزية إلى الأخذ فى حسبانهم كم من القدرات الفنية والإدارية تتواجد فى الأطراف، وكم من الوقت تحتاجه عملية تحفيز هذه القدرات بسرعة؟. فى البلدان التى لا تتمتع الآليات السياسية المحلية بالشفافية الكاملة، وتسيطر عليها النخب المحلية وتتفشى فيها المحسوبية، على الأرجح لن تتحقق فى الواقع لامركزية ذات كفاءة وقابلية للمسائلة. أكثر من ذلك، فى البلدان ذات النزاعات المحلية الداخلية، قد تجد الفئات المهمشة نفسها فى وضع أسوأ مع صناع القرار المحليين.

قد يتحقق النجاح لبناء القدرات المحلية فى بعض الأوضاع. انظر فى مثال كيرالا، الولاية التى تقع فى جنوب الهند، حيث ترتفع نسبة الذين يعرفون القراءة والكتابة.

فور المبادرة ببرنامج من أجل تطبيق اللامركزية، يتغير دور البيروقراطية فى المركز. يجب أن يقوم المركز بالنصيحة الآن بدلاً من التحكم والسيطرة، يجب أن يقوم بالتدريب بدلاً من القيادة وإصدار الأوامر. قد تكون آليات التحفيز والأحكام التنظيمية مطلوبة لدفع السياسات المحلية نحو الالتزام بالأهداف الوطنية. مثلاً، كل انتقال إلى المستوى الأدنى من الحكومة يمكن ضبطه بناءً على ما أنجزه من أهداف قومية. فى الهند، على سبيل المثال، تقدم الحكومة الوطنية جوائز نقدية ذات وزن لأفضل أداء تقوم به الولايات لتنظيم الأسرة. رصد ومتابعة الأداء يصبح هامًا على نحو خاص. عكس ذلك، أثر الترتيبات الجديدة سوف يظل غامضًا. ولا حاجة للقول، بأن العديد من وحدات الحكومة المركزية تجد من الصعب قبول هذه التحولات.

نقطة أخيرة تتضمن تباينات الظروف والقدرات المحلية بين المناطق المختلفة، خصوصًا فى البلاد الكبيرة الحجم. نتيجة لذلك، قد تتطلب جهود اللامركزية إلى التنوع فى كل منطقة. حتى فى الولايات المتحدة، حيث كل حكومات الولايات كفء لحد معقول، تلتقط الحكومة الفدرالية وتختار المهام التنظيمية والفنية، التى تفوضها لهذه الولايات، طبقًا للتباينات فى الكفاءة الفنية.

إعادة هيكلة القطاع العام ٢: التحول للإدارة الذاتية والشركات الضخمة (القابضة)

يشمل تدخل إدارى آخر إعادة هيكلة مقدمى الرعاية الصحية القطاع العام – عادة لكن ليس حصريًا المستشفيات – من خلال إصلاحات يشار إليها أحيانًا بوصفها "التحول للإدارة الذاتية" و"التحول للشركات الضخمة". راجعنا سالفًا بعض السمات الهيكلية للقطاع العام التى تساهم فى سوء أدائه. تسعى هذه الإصلاحات إلى تغيير هذه السمات الهيكلية من أجل تحسين الأداء (بيركر وهاردنج ٢٠٠٢، ولفورد وجرانت ١٩٩٨).

هذه الرؤية أدت إلى خلق منظمات جديدة تستورد جوانب من أسلوب إدارة القطاع الخاص إلى القطاع العام. تسمى الكيانات الجديدة "أشباه القطاع العام" أو كيانات "موازية للحكومية" أو تتخذ سمات "الشركات الضخمة القطاع العام". كلما كانت الإصلاحات أكثر تواضعًا، كلما اتصفت أحيانًا بأنها "ذاتية الإدارة"، بينما إذا ما كانت الإصلاحات أكثر اكتمالاً، كلما كان وصفها بأنها "التحول للشركات للضخمة". فى هذه الإصلاحات، يمنحوا المدراء سلطات أكبر وفى المقابل يصبح المدراء قابلين للمسائلة أمام الهيكل الحكومى الجديد (مثل مجالس المدراء) وهى لا تمثل ببساطة ذراع وزارة الصحة. يمكن تحرير المنظمة جزئيًا أو بالكامل من آليات وضع الميزانية الحكومية، وقوانين أجر الموظفين الحكوميين، وقواعد الشراء، ويمكن الدفع لها بطرق جديدة متنوعة – طبقًا لحجم المرضى أو العقود التحفيزية (شو ١٩٩٩).

هذا النوع من إعادة الهيكلة نناقشه غالبًا بمعايير التصنيف القانونى أو الرسمى، مثل "شكل الملكية" و"الحاكمية" التى لا تخاطب التفاصيل الحاسمة للتشغيل. مثلاً، لو أنشأنا مجلس إدارة جديد، هل سوف نختار الأعضاء بطرق تشجع المجلس على البحث عن مدراء كفء أم سوف يلعبون ألعاب سياسية ومحسوبية؟

أحد الطرق لفهم كيف تؤثر إعادة الهيكلة على نتائج الأداء هى السؤال عن الطريقة التى تؤثر بها التغييرات على "المفاتيح الست للأداء التنظيمى" كما وردت فى جدول ١٠.١. النقطة هى أن قرارات مجلس الإدارة تخلق حوافز أمام المدراء وأخرى أمام العاملين، تستطيع المساعدة فى التنبؤ بالكيفية التى سوف تعمل بها الترتيبات الجديدة فعليا.

- **حوافز للمنظمة**: يخلق الإصلاح الفعال حوافز قوية بناءً على الأداء، مع المرضى (فى الأسواق الحقيقية)، أو الهيئات الحكومية الأخرى (فى الأسواق المصطنعة) قادرة على اختيار مقدمى الخدمة بناءً على معدل التكلفة/الجودة فى أدائهم. لتشجيع المنظمة على الاستجابة لهذه الحوافز، فمن المسموح به نمطيًا أن تحتفظ بكثير، وحتى بكل ما تحققه من أرباح. وهذا يتناقض مع الممارسة التى تحول أى فائض إلى وزارة المالية، كما هو شائع فى العديد من الأنساق البيروقراطية.
- **حوافز للمدراء**: الإصلاحات الفعالة تعطى للمدراء حوافز قوية لتحسين الأداء. أحد الاختيارات، هو منح سلطة استئجار المدراء وإقالتهم ومكافأتهم لمجلس إدارة الذى بدوره يتم تعيينه بطريقة تجعل أعضاءه يستهدفون تحسين الأداء. وحتى يحدث ذلك، فإنّ تفاصيل هيكل "الحاكمية" يكتسب أهمية حاسمة. الإصلاحات التى تسمح باستمرار النفوذ السياسى على التعيينات فى المستويات الإدارية العليا تضعف من حوافز المدراء.

- **سلطة المدراء:** يحتاج المدراء سلطة حتى يستجيبون للحوافز الموضوعة أمامهم، سلطة على القوى العاملة والمشتريات والتسعير والمجالات الحساسة الأخرى. الاختيار بين المدراء مع ذلك دائما ما يكون مقيدًا تحت ضغوط من النقابات، التى تسعى بشغف لحماية الموظفين، أو من الزبائن الشغوفين بالحفاظ على الأسعار منخفضة.
- **اتجاهات ومهارات الإدارة:** تحسين اتجاهات ومهارات الإدارة يتم تفويضه نمطيًا – دون تفكير – إلى هياكل الحاكمية الجديدة. قلة فقط من البلدان فكرت فيما تستطيع الحكومة صنعه؛ لإنتاج مزيج من مهنة رجل الأعمال، والمسئولية الاجتماعية لدى المدراء؛ لتتقدم بمهمة الإصلاح.
- **حوافز العاملين:** تحسين أداء العاملين متروك لحد كبير بين أيدى الإدارة. عندما يصبح المدراء قادرين على استئجار، وفصل قوة العمل وتعديل هيكل الأجور فمن ثم يصبحون قادرون على تقديم حوافز مرتبطة بالأداء لموظفيهم. من الناحية الأخرى، نظام القوى العاملة القديم، بنظام حوافزه الضعيفة، يظل قائمًا.
- **مهارات العاملين واتجاهاتهم:** نمطيًا تجاهل القائمون على الإصلاح مهارات واتجاهات العاملين أو على السواء تركوا هذه القضايا للمدراء الجدد حتى يقوموا بعلاجها – على أمل أنهم سوف يستخدمون مزيجًا من فن القيادة والسلطة لتحويل قوة العمل.

فى الإجمال، إعادة هيكلة ناجحة للمستشفى، تتطلب كادرًا من مدراء المستشفى القادرين والمدربين جيدًا يمتلكون قدر معقول من السلطة ويتلقون مكافآت نظير أداءهم. سوف يتطلب هذا الانتباه إلى مسألة تدريب هؤلاء الأفراد، وبذل الجهود لزيادة احترام عمل هؤلاء المدراء بين الأطباء، وبناء جمعيات وروابط مهنية. فقط قلة من البلدان (مثل المجر) قد بدأت فى تنفيذ ما يلزم من التدريب والبنية التحتية للتأهيل من أجل تحقيق هذا المستهدف (فرايد وجايدوس ٢٠٠٢).

نفترض الخبرة الدولية ذات الدليل أن التغييرات بطريقة القطعة قطعة، والتى تترك جوانب أساسية من هيكل المستشفى دون إصلاح، لا ينتج عنها نتائج كبيرة (جاكاب وآخرون ٢٠٠٢). زيادة الحوافز للمنظمات، دون إعطاء المدراء السلطة والمهارات، التى يستجيبون بها على تغير الظروف، ليست مقاربة واعدة. وبالمثل، إعطاء المدراء سلطة، وإخضاعهم لحوافز السوق - دون توفير قابلية للمسائلة الخارجية - على الأرجح، سوف يدفعهم للتحول إلى رجال إعمال باحثون عن الربح، يستهينون بالقيمة الاجتماعية لعملهم. مستشفيات الجذام الصينية التى تحولت إلى نظام الإدارة الذاتية، بدأت فى مشروع مزرعة للسلاحف عندما نقص عدد زبائنها الأولين، هى نموذج سمع عنه أحدنا عندما كان يدرس فى شينج دو.

من الممكن أن يكون للتغييرات المتعددة ذات المغزى آثار تفاعلية، وتؤدى إلى تحول ثقافة ووظيفة المنظمة. وأينما يستمر التعيين بالأقدمية أو بالمحسوبية، سوف تجذب المستشفيات العاملين، الذين يفضلون مثل هذه المؤسسات. من الناحية الأخرى، المدراء الجدد - بسلطات جديدة - يمكنهم خلق مناخ جديد، ويجذبون طاقم عمل يمتلك دوافع أعظم، ينفذ بفعالية خطط تحسين الإنتاجية والخدمة.

وللمفارقة، كلما أصبحت ضغوط السوق أعظم وكلما كانت المستشفيات ذات إدارة مستقلة ذاتيًا، كلما تصرفت المستشفيات، كما لو كانت هيئات باحثة عن الربح. ومن هنا كلما كانت الإصلاحات أكثر تكثيفًا وأكثر فعالية، كلما احتاجت المستشفيات التى أعيد تنظيمها إلى أن تكون محكومة بأحكام تنظيمية. ومن هنا أيضًا، سوف نرى أن المنافسة والانضباط عبر الأحكام المنظمة هما أمران مكملان لبعضهما البعض، وليس أى منهما بديل للآخر.

لسوء الحظ، المحسوبية، والسياسيين، والنقابات القوية قد يجعلون من الصعب الحصول على تفويض المدراء الجدد لاتخاذ قرارات حاسمة فى مجال القوى العاملة. قد يتردد السياسيون فى الدفع الصريح للأنشطة، التى كانت مدعومة

فى السابق من خلال الدعم المالى المباشر. وهكذا، يحتاج رجال الإصلاح وهم يفكرون فى التحول إلى الإدارة المستقلة ذاتيًا إلى تقييم جدواها السياسية فى المراحل المبكرة لعملية الإصلاح، لتجنب تضييع الوقت والمجهود فى مقاربة لا يمكن تنفيذها عمليًا بفعالية.

والتنفيذ العملى يكتسب أهمية كبيرة هنا على نحو خاص. إعادة تنظيم المستشفيات، لا يشبه مضاد حيوى قوى سوف يشفى فى وقت قصير وضع غير مرغوب فيه. إنه يشبه أكثر دورة علاج طبيعي: عمل شاق مؤلم من الضرورى القيام به يوم بيوم عبر فترة ملموسة من الوقت، وتنضم إليه تدخلات علاجية أخرى، لو أردنا أن نحسن من أداء القطاع الصحى.

تحسين أداء القطاع العام

عندما تجعل المعارضة السياسية من اللامركزية، أو التحول إلى الإدارة المستقلة ذاتيًا عديمة الجدوى على السواء، يثور سؤال هل من الممكن تحسين أداء القطاع العام دون مثل هذه التغيرات الهيكلية أم لا؟ يجب أن تكون الإجابة "ربما" نوعية، جزئيًا لأن تحسين أداء القطاع العام يعتمد على تغييرات هى بالضبط محل جدل، مثلها مثل أى إصلاح للجهة المالكة أو صاحبة التحكم.

التغيرات المطلوبة واضحة جدًا لدرجة أنه فقط الصعوبات السياسية المنتشرة بشكل واسع، ونقص الحنكة الوزارية، يستطيعان تفسير، لماذا لا تتحول هذه التغيرات إلى مؤسسات واسعة؟. قد يكون أحد الأسباب أن الإصلاح داخل القطاع العام يستطيع حرمان الوزراء من المبرر المريح "أنا لم أصنع ذلك"، الذى من الممكن استخدامه إذا ما جارت هيئة قطاع خاص، أو تتمتع بالاستقلال الإدارى الذاتى على مصالح قوية. أكثر من ذلك، يفتقد الوزراء أنفسهم غالبًا إلى الخبرة فى

ميدان الإدارة. أو لا يتضمنون المجهود طويل المدى ولا الصعب سياسيًا الذى يتضمنه الإصلاح. مرة أخرى، نستطيع استخدام فئات "الأزرار الأساسية الستة" لتنظيم مناقشاتنا.

- **الحوافز التنظيمية:** يمكن ربط التمويل بالأداء عن طريق سبل متنوعة. مثلاً، يمكن تنويع الميزانيات على أساس جودة، وكمية الخدمات المقدمة. يمكن إعطاء الحوافز (أى الجوائز) إلى المناطق أو الهيئات التى تؤدى بشكل أفضل لتحقيق أهداف أداء قابلة للقياس. تقارير الأداء وتسجيل النتائج ذات الدرجات يمكن إعلانها للجمهور، وتقديم شهادات للمنظمات ذات الأداء العالى.
- **حوافز إدارية:** دور السياسة والمحسوبية يمكن تحديده، ويمكن اختيار المدراء، وترقيتهم، ومكافأتهم على أساس مهارتهم، وأداءهم كمدراء. نظم التقارير والإشراف، التى تخلق قابلية حقيقية للمحاسبة، يمكن الشروع بها – وهى هامة على نحو خاص إذا ما تم إعطاء المدراء سلطات متزايدة.
- **الاتجاهات والمهارات الإدارية:** البرامج الرسمية للتدريب فى مجال الإدارة يمكن تطويرها وجعلها شرطًا مسبقًا لشغل وظائف بعينها. يمكن تطوير تسجيل زمنى للوظائف الإدارية التى تولاها الشخص. يمكن توسيع مكانة وامتيازات الأدوار الإدارية بمكافآت متنوعة وأنشطة دعائية. من الممكن تشجيع المرشحين الأكفاء للاستمرار فى مجال مهنة الإدارة.
- **السلطات الإدارية:** من الممكن السماح للمدراء باتخاذ مزيد من القرارات فى مجال أساليب الميزانية، والمشتريات، والتسعير والأفراد، والإنتاج.
- **حوافز العاملين:** من الممكن تغيير نظم العمالة لمكافأة الأداء وتقليص النفوذ السياسى والمحسوبية.
- **قدرات العاملين واتجاهاتهم:** نماذج التوظيف، ونظم التدريب، وممارسات العاملين يمكن مراجعتها لجذب العاملين ذوى الدوافع الذاتية والاحتفاظ بهم.

تستطيع هذه التغييرات تحسين أداء عديد من هيئات القطاع العام بشكل ملموس. البلاد التى تقاوم مثل هذه التدابير – التى تعطى المدراء قليل من السلطة، وتخصص الميزانيات بناءً على التاريخ السابق، وتعتمد على المحسوبية فى التعيين – يجب إلا تندهش إذا ما استمر القطاع العام فى النظام الصحى يؤدى أداءً سيئًا.

ابتكارات إدارية نوعية أخرى: إدارة الجودة الشاملة والتعاقد الخارجي

ما هى الاختيارات التى يجب أن نفكر فيها من أجل تحسين الأداء التنظيمى التى تمنح المدراء القوة، فى جميع الأحوال؟ يسمى الاختيار الأول "إدارة الجودة الشاملة" أو "التحسين المستمر للجودة" (بيرفيك وآخرون ١٩٩١، كروسبى ١٩٧٩، ديفير ١٩٩٧، بالمر وآخرون ١٩٩٥). هذه المقاربة أصبحت مع الوقت جذابة فى نظر مدراء الرعاية الصحية فى جميع أنحاء العالم فى السنوات الأخيرة.

هذه الأفكار تتوافق تمامًا مع إطار العمل الذى نستخدمه. خبراء "إدارة الجودة الشاملة – تحسين الجودة المستمر" كلهم يدافعون عن قياس الأداء، والمحاسبة الإدارية، وانخراط العاملين، وتركيز بؤرة الاهتمام على خدمة المستهلك، والقيادة من القمة (مورجان ومورجاترويد ١٩٩٤). أنهم يضعون بؤرة تركيزهم على فكرة أن مفتاح تخفيض التكلفة ورفع الجودة، هو إعادة رسم نظم الإنتاج. وهم يشددون أيضًا على أهمية تحليل المستهدفات المنهجى (بالضبط كما نفعل على مستوى النظام الصحى) بوصفه أمرًا حاسمًا لإصلاح فعال.

الرؤية الأساسية فى إدارة الجودة الشاملة – تحسين الجودة المستمر هى أن الجودة الأفضل، لا يمكن أن تأتى من الخوف أو القهر. يجب أن ينشأ التحسين من النظام الذى يجعل من السهل صنع الأشياء جيدًا، ومن الصعب صنعها بشكل سيئ. جهود الجودة والتحسين المقصودة فى قطاع الصحة – لتحسين طلب الدواء أو

إدارة المخزون – تقوم غالبا على أساس هذه المقاربة. وهى جهود غالبًا ما نحتاجها بشدة. لأنه فى القطاع الصحى، إجراءات التشغيل من الممكن أن تعكس جهود الجمعيات المهنية، أو النقابات، أو موظفى الخدمة المدنية المنضبطين، للتقدم بغاياتهم الخاصة – والمقابل لذلك تعظيم أداء النظام. ومن الممكن أن تستمر مثل هذه الإجراءات دون تغيير؛ لأن المنظمات أو مديريها يفتقدون الحافز أو القدرة على تأسيس مثل هذه التغيرات.

لا نستطيع هنا إعادة مداولة الأدبيات الضخمة فى أساليب تحسين الجودة. النقطة التى نتمسك بها هنا هى أن مثل هذه البرامج لا تستطيع أن تحل محل الإدارة الجيدة. على العكس، هذه المقاربات تمتلك الأثر الإيجابى الأعظم فى المنظمات المدارة تو̃ا بشكل جيد. وهكذا، إدارة الجودة الشاملة ليست بديلاً لأنواع الإصلاحات الإدارية، التى نناقشها فى هذا الفصل. على العكس، أساليب إدارة الجودة الشاملة سوف تكون الأكثر احتمالاً لحمل الثمار، عندما تتحسن قدرات الإدارة بشكل يكفى لتنفيذ مثل هذه الأساليب بشكل فعال.

الممارسة النوعية الثانية فى مجال الإدارة التى يتدبرها غالبًا القائمون على الإصلاح الصحى فى السنوات الأخيرة، تشمل الترتيب التعاقدى مع مشاريع القطاع الخاص من أجل تقديم خدمات معينة فى القطاع العام. المجالات الأكثر شيوعًا فى هذه المقاربة هى الخدمات الغير طبية مثل، الأغذية، وخدمات، النظافة، والمغاسل. ولكنها مستخدمة أيضًا فى المجالات الطبية (تعاقدات لإجراء اختبارات معملية معينة، أو إدارة خدمات متخصصة مثل رعاية ال hospice، ميلز ١٩٩٨).

ميزة "التعاقد الخارجى" – كما يطلق على مثل هذا الترتيب – هى أن المورد المتخصص يستفيد من ميزة اقتصاديات الحجم فى وظيفة معينة (مثل المغسلة) لا تستطيع مستشفى بمفردها تحقيقها. بالإضافة لذلك، يستطيع الموردون التركيز على نشاط واحد (الخدمة الفندقية)، غالبًا ما تتغافل عنها مستشفيات ينصب اهتمامها على

المجال الطبى فقط. أكثر من ذلك، الأمل هو أن عمليات الطرح والترسية، سوف تؤدى إلى اللقاء بالشركات الساعية للتعاقد من أجل تقديم خدمة جيدة بسعر منخفض. البلدان التى يعانى فيها القطاع العام من عدم الكفاءة وصعوبة الإصلاح، التعاقد الخارجى فيها قد يبدو اختيارًا جذابًا. هذه الآمال قد تتحقق على الغالب الأرجح عندما تسعى مجموعة ذات خبرة من مقدمى الخدمة المتنافسين للحصول على الأعمال المطروحة. التعاقد مع شركة احتكارية على العكس. لن ينتج عنه على الأرجح الفوائد المتوقعة فى مجالى التكلفة والخدمة (ميلز ١٩٩٨).

للتعاقد الناجح، تحتاج المستشفيات إلى أن تكون قادرة على كتابة المواصفات وتقييم العروض، وكتابة التعاقد، ومراقبة الأداء. أكثر من ذلك، إذا لم تخضع المستشفيات نفسها إلى ضغط تحسين أداءها، لن تمتلك مزيد من الحوافز للتعاقد الجيد بأكثر مما يتحتم عليها رسميًا صنعه، لتؤدى بشكل جيد فى تقديمها المباشر للخدمة. وهكذا، تحتاج المستشفيات ومديروها إلى زيادة الحوافز المرتبطة بالأداء والقابلية للمحاسبة من أجل التعاقد الخارجى بشكل فعال.

ملخص التدخلات الإدارية

فى سياق أداء القطاع الصحى الكلى، تتركز جدًا لحد ما التداخلات الإدارية. فهى لا تتوجه عمومًا إلى القدرة على الوصول إلى الخدمة والحماية ضد المخاطر. وهى أيضا نادرًا ما تصبح استجابة لمشاكل عدم الكفاءة فى توزيع المخصصات (أى، ما يتم إنتاجه). بدلاً من ذلك، هذه الإصلاحات تركز على "كيف" يتم إنتاج الأشياء – على الكفاءة الفنية وتحسين الجودة الإكلينيكية وجودة الخدمة. وذلك منطقى حيث إن ما تنتجه المنظمات يحدده أوليًا حوافزها الخارجية، بينما هيكل ووظائف الإنتاج فهى جوهريًا مسألة داخلية.

تعكس سياسات مثل هذه الإصلاحات نمطيًا الضغوط المتصارعة. كذلك عدم رضاء المواطنين نتيجة للخدمة السيئة، قد يدعم مثل هذه التغييرات، حتى بينما السياسيون والعاملون الذين تمسهم هذه التغييرات قد يعارضونها أيضا. الأمور خارج القطاع الصحى قد تلعب أيضا دورًا. لو نجحت مثل هذه الإصلاحات، فمن ثم يجب إن تنخفض التكاليف، أو أن يرتفع الوضع الصحى ورضا المواطنين. إلا أن الطريقة التى تنقسم بها الفوائد المحتملة بين هذه المستهدفات لا تعتمد على قرارات أخرى متخذه فى مجالات التمويل والدفع.

الإرشاد الشرطى

غالبًا ما يصبح توجيه الانتباه لزر التحكم فى التنظيم جوهريًا إذا ما كان للفوائد المتوقعة من مبادرات الإصلاح الأخرى أن تتحقق. تغيير أساليب التمويل والدفع يستطيع تغيير مصادر التمويل المتاحة أمام مقدمى الخدمة وتغيير الحوافز الممنوحة لهم. ولكن مثل هذه التغييرات وحدها لن تزيد طاقة نظام تقديم الخدمة لإنتاج رعاية أفضل. وإذا لم يتم توسيع تلك الطاقة، لن تتحسن الكفاءة والجودة والقدرة على الوصول إلى الخدمة – ولن يتحسن الأداء الكلى للنظام.

هذا الاستنتاج غالبًا ما يتم تجاهله فى إصلاح القطاع الصحى. وقد يكون ذلك جزئيًا مسألة جهل بهذه الحقيقة. يميل القائمون على الإصلاح بشكل غير متناسب إلى أن يكونوا من رجال الاقتصاد أو من الأطباء. يؤمن الاقتصاديون غالبا بأن تغيير اتجاه تدفق النقود وحده، سوف يحسن الأداء. يصب الأطباء بؤرة الاهتمام على المسائل الطبية، ويقللون من قيمة ما يرونه بوصفه تطفلاً على عملهم من قبل "البيروقراطيين" أو "الكتبة حملة الأقلام" الذين يقض مضاجعهم القضايا التنظيمية. وهى أيضا مسألة العمل السياسى. تغيير نظام تقديم الخدمة تواجه دائمًا معارضة هؤلاء الذين يخسرون الوظائف والموارد. كذلك جهود تحسين وظائف القطاع العام قد تواجه معارضة سياسية خطيرة من السياسيين، الذين يمارسون الوساطة أو النقابات المتصلبة (والت ١٩٩٤).

يحتاج القائمون على الإصلاح، رغم هذه الصعوبات، إلى مواجهة حقيقة أساسية فى نظام تقديم الرعاية الصحية، المقررة فى بداية هذا الفصل. "لن تؤدى المنظمات المقدمة للخدمة وظيفتها بشكل فعال، إذا لم يمتلك المدراء كل من الحوافز لتحسين الأداء، والقدرة على الاستجابة لتلك الحوافز". إذا لم يكن القائمون على الإصلاح مستعدين، أو غير قادرين صنع التغييرات المطلوبة لإحداث ذلك. فلا يجب عليهم من ثم إن يندهشوا إذا ما استمر أداء النظام الصحى مخيبًا للآمال.

بمعايير الحوفز، استكشفنا كيف نستخدم التنافس والتعاقد الخارجى، للسيطرة على كل من مقدمى الخدمة من القطاع الخاص الباحث عن الربح ومقدمى الخدمة من القطاع العام، الذين يمتلكون بعض الاستقلال الذاتى الإدارى (كما هى الحال فى الأسواق المصطنعة). كما تفحصنا أيضًا اللامركزية داخل القطاع العام كطريقة لزيادة الحوافز والقابلية للمسائلة.

بمعايير زيادة القدرات، استكشفنا اختيارات إعادة الهيكلة (التحول للاستقلال الذاتى الإدارى وكذلك لهيكل الشركات الضخمة) وإمكانيات تحسين القدرات الإدارية من داخل القطاع العام الذى لم يعاد تنظيمه. كما لاحظنا أيضًا أن ابتكارين نوعيين فى مجال الإدارة (إدارة الجودة الشاملة والتعاقد الخارجى) اعتمدا على زيادة الطاقة الإدارية من أجل النجاح. هذان الابتكاران مكملان، وليسا بديلين عن ضرورة وجود مدراء ذوى مهارة ويمتلكون سلطات وحوافز لتحسين الأداء التنظيمى.

نفس هذه الرؤية الأساسية تنطبق أيضًا على جهود تغيير صيغة من-يفعل-ماذا فى نظام تقديم الخدمة. بعض الجهود – مثل تحويل الأنشطة إلى القطاع الخاص – تعتمد على توفير كل من تغييرات فى الحوافز، والقدرات. تغييرات أخرى، مثل تعديل درجة ومجال مقدمى الخدمة، تعتمد على الأفعال فى مجال الإدارة من أجل إنتاج فوائدهم المأمولة. من الغالب جدًا أن القائمين على الإصلاح لا يفكرون مليًا فى طريقة تجسيد مثل هذه التغييرات لنفسها على المستوى الإدارى.

عند تقرير ماذا نفعل، يجب أن يدرك القائمون على الإصلاح أنه مع نظام وصاية متصلب ومتشعب، التغييرات الهيكلية الملموسة فقط هى التى سوف تؤدى إلى تحسين ملموس فى الأداء. على الأرجح ستكون الإصلاحات الأكثر تواضعًا مفيدة فقط، حيث تكون الكفاءة الإدارية، ودوافع العاملين نسبيًا طيبة. لسوء الحظ، الواقع بالضبط هو أن الإصلاحات الجذرية والواسعة تصبح مطلوبة أكثر، عندما تكون الأوضاع أكثر صعوبة سياسيًا.

مزيج اللامركزية، والتحول لبنيان الشركات الضخمة، الذى يجب أن تتدبره أمة ما، سوف يعتمد على عدد من المتغيرات. هل الفساد وعدم الكفاءة أفضل، أم أسوأ على المستوى المحلي؟ ما هى احتمالية قدرتنا فى الحصول على الموافقة السياسية لأشكال جديدة من الحاكمية داخل المستشفيات، التى تؤدى إلى تحسين إدارى حقيقي؟ ما هو قدر فعالية نظم الدفع، والأحكام التنظيمية فى خلق حوافز، وآليات سيطرة نحتاجها للتأثير على سلوك مقدمى الخدمة المستقلين ذاتيًّا؟

استراتيجيات إعادة الهيكلة الأكثر جذرية تشمل السير إلى النهاية فى الخصخصة والاعتماد على السوق. وكما أشرنا، هل هذا يمثل منطقًا معقولاً بالنسبة للأمة فذلك يعتمد على قضايا عديدة. كم هو قدر التنافس فى السوق الناتج عن ذلك؟ القطاع الخاص الاحتكارى لن ينتج على الأغلب النتائج المرغوبة. الاعتبار الثانى هو درجة وعى المشترين. كلما كان حكم المشترين على الاختيارات المتاحة أفضل، كلما كان أداء السوق لوظيفته أحسن. ثالثًا، ما هى أهداف القائمين على الإصلاح؟ قضايا الإنصاف تملى استخداما أقل للسوق. التركيز على رضاء المستهلك يجعل الخدمة المقدمة فى الأسواق أكثر سلامة. لسوء الحظ، نواجه هنا تناقضًا آخر صعبًا. الحكومات ذات نظام تقديم الخدمة القطاع العام الضعيف غالبًا ما تفتقد أيضًا إلى المهارات المالية والإدارية اللازمة لشراء الخدمة بفعالية من القطاع الخاص، أو وضع الأحكام المنظمة لذلك.

لتناول هذه المسائل، يجب على القائمين بالإصلاح النظر أيضًا فى أهمية الحفاظ على الأعراف المهنية داخل نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية. مشكلة "البيئة" تعنى أن الأطباء يستطيعون بسهولة استغلال المرضى إذا ما شاء الأطباء فعل ذلك (ماكجواير ٢٠٠٠). المنافسة السوقية تستطيع بسهولة تقويض الأعراف المهنية، التى تقيد أشكال الاستغلال هذه. فعليًا، كلما كان السوق أكثر تنافسية (أفضل)، كلما تواجدت ضغوط على مقدم الخدمة، تقيد مبالغته فى مضاعفة دخله الخاص.

التغير التنظيمى والإنصاف

للتغير فى التنظيم تبعات ملموسة تتصل بقضية الإنصاف. وكما أشرنا سابقًا، تغيير طبقة مقدمى الخدمة (الممرضات مقابل الأطباء)، أو تجهيزات الممارسة الطبية (وحدات dispenseries محلية مقابل مستشفى مركزى)، قد يتحكم فى مدى التوافر المادى والفعال لخدمات الفقراء أو الجماعات المهمشة اجتماعيًا. مثل هذه التغيرات قد تعدل مكان الخدمة والوقت الذى يستغرقه الانتقال للخدمة، أو الحساسية الثقافية والقبول بطريقة تقديم الخدمة.

استخدام أسواق القطاع الخاص له أيضًا تبعات تمس قضايا الإنصاف بشدة. من الممكن أن يقلل التنافس من الأموال المتاحة لدعم المرضى الفقراء ماليًا بطرق قطاعية. لذلك، الطريقة التى يتم بها الدفع للفقراء سوف تحدد مدى جاذبيتها لمقدمى الخدمة المتنافسين لتقديم مثل هذه الخدمات أم لا. كلما كان التنافس والاتصال بالسوق بالنسبة لمقدم الخدمة أكبر، كلما كانت استجابتهم أكبر حتى للتغيرات البسيطة فى أنباء التسعير.

تنشأ صلة نهائية بين النزاهة، والتنظيم فى سياق اللامركزية. المخاطرة هى أن التباينات فى مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية المحلية، سوف تصبح

أسوأ بمثل هذه الإصلاحات. المجتمعات المحلية الأكثر تقدما سوف تزداد قدرتها بشكل أفضل على تشغيل مثل هذه الخدمات، وإذا لم تتواجد تدابير قوية للمساواة، سوف تحتويها بخدمات أفضل، أو بنسب ضريبة أقل – أو حتى بكليهما.

الخلاصة

بدأنا هذا الفصل بتعريف ما نعنيه "بالمنظمة" – كمقدم لخدمات الرعاية الصحية – وما نعنيه "بترتيب النظام". وصفنا ثلاثة أنواع من التدخلات: تغيرات في صيغة من-يفعل-ماذا، التغييرات في الحوافز، التغييرات الإدارية، وناقشنا كيف يمكن لهم تحسين الأداء الكلى.

لقد شددنا على أن تلك التدخلات من الضرورى العمل بها معا. تغييرات الحوافز مثل اللامركزية، أو التعاقد، لن تبدل العائد إذا لم تكن مصحوبة بتغييرات على مستوى الإدارة. وبالمثل، توفير النفقات المتوقع، وفوائد الجودة الإكلينيكية من تغيير درجة ومجال الخدمات الصحية، لن يتحقق وحده إذا لم يستفيد المدراء من الميزات التى يتمتعون بها. وفى الأخير، سلوك العاملين الميدانيين، ومديريهم يجب إن يتغير من أجل إنتاج تحسين حقيقى.

لقد رأينا أن التغييرات التنظيمية تتطلب غالبا استخدام أزرار تحكم أخرى. التمويل والدفع والأحكام التنظيمية هى أزرار تحكم هامة على نحو خاص، خصوصا عندما لا تكون المنظمات المستهدفة تحت سلطة وزارة الصحة بالكامل. فى كوريا واليابان، على سبيل المثال، استخدمت الأحكام التنظيمية لفصل خروج المرضى عن وصف الدواء بواسطة الأطباء. لمساعدة بعض مقدمى الخدمة على النمو، تستطيع الحكومات الدفع لها بقدر أكبر، أو تتعاقد معهم انتقائيًا، وتسلفهم أموالاً أو ضمانات لقروضهم. كل ذلك قد يغير من هيكل النظام.

"لأن التفاصيل مهمة، وهى غالبا ما يتم تناولها بشكل غير كامل على مستوى وضع السياسات، يصبح التنفيذ حاسمًا من أجل الاستخدام الناجح لزر التحكم فى التنظيم". الانتباه المستمر للتفاصيل والتركيز على المتابعة المستمرة يصبح ضروريًا. يحتاج القائمون على الإصلاح إلى النظر بعناية فى إذا ما كانوا سوف يتلقون دعمًا سياسيًا دائمًا عندما تنشأ معارضة لا مفر منها أم لا. إلا أن ذلك قد يكون أيضًا جوهريًا إلى حد بعيد، إذا ما كان للإصلاحات الأخرى أن ينتج عنها فوائد مأمول بها فى أداء القطاع الصحى.

١٠

الأحكام التنظيمية

فى هذا الفصل سوف نناقش زر التحكم الرابع – الأحكام التنظيمية. نعنى "بالأحكام التنظيمية" استخدام القوة القسرية للدولة من أجل تغيير سلوك الأفراد، والمنظمات فى القطاع الصحى. هذا لا ينطبق فقط على هؤلاء الذين يقدمون أو يمولون الرعاية الصحية ولكنه ينطبق أيضًا على هؤلاء الذين ينتجون مدخلات الرعاية الصحية مثل شركات الأدوية، وهؤلاء الذين يدرسون للعاملين فى المهن الطبية.

أحد الطرق لفهم دور الأحكام التنظيمية، هى أن تسأل ما هى علاقة هذه الأحكام بحماسة الاقتصاديين الدارسين فى الغرب، لاستخدام الأسواق كوسيلة لتخصيص الموارد. يدافع الاقتصاديون بناءً على سلسلة من الافتراضات القوية، عن فكرة إن نظام من مجموعة أسواق متنافسة تمامًا سوف ينتج عنها الوضع الأمثال لباريتو (انظر الفصل السادس). فى هذه الحالة، لن يمكن زيادة منفعة شخص ما إلا إذا نقصت عند شخص آخر. الحكومات التى تريد استخدام الأسواق بهذه الطريقة تستخدم الأحكام التنظيمية، لتأسيس قواعد تحكم حقوق الملكية الفكرية وتضمن أنه سوف يقوم تبادل شريف ومفتوح (نورث ١٩٩٠، فولر ١٩٧٨). على النقيض، الأكثر حيلة والأكثر قوة سوف يبلع الجميع (اوكسهورت ١٩٧٥). حتى حيث تعمل الأسواق بشكل طيب، ورغم ذلك، توزيع السلامة التى تنتجها هذه الأسواق، قد لا يكون مقبولاً بمعايير أحد الأطر الأخلاقية أو الآخر، ومن ثم يستخدمون الأحكام، لتحقيق مزيد من العائد المنصف. ثالثًا، عديد من الأسواق لا تعمل بشكل طيب فى حد ذاتها، وتلجأ الحكومة إلى الأحكام التنظيمية، لتحسين

أدائها لوظائفها (هيريوت ١٩٩٧). الغرض الرابع من الأفعال التنظيمية بالأحكام، يظهر بسبب أن الحكومات قد تستخدمها للتقدم بالأعراف الأخلاقية، التى لا يمكن الارتكان إلى الأسواق فى دعميا.

كل هذه القضايا تنشأ مرارًا فى القطاع الصحى. نتيجة لذلك، الأحكام التنظيمية هى نشاط أكبر فى كل النظم الصحية، وزر تحكم كبير لهؤلاء الذين يريدون تحسين أداء النظام. مثلاً، استخدام القواعد اللائحية لتخصيص ما هى الخدمات الصحية التى تشمليا حزمة المنافع التأمينية. قد يحسن مباشرة الوضع الصحى، ورضا المستهلك. قد يكون للقواعد التى تحمى المستهلك ضد سوء جودة الدواء، أو عدم كفاءة الأطباء، تأثير مماثل.

الأحكام التنظيمية تمتلك فى أوقات متعددة علاقة عكسية هامة بأزرار التحكم الأخرى. حتى تصبح أزرار التحكم الأخرى ذات فعالية، يجب غالبًا مصاحبة حركتهم بالتشريعات التنظيمية الملائمة. مثلاً، يستطيع البلد تأسيس مخطط للضمان الاجتماعى، ولكن من المحتمل أن يفلس مثل هذا المخطط إذا لم يجبر تشريع فعال فئات السكان المستهدفة للتسجيل فى هذا المخطط، ودفع الاشتراكات الأولية. وتحت نفس الشعار، غالبًا ما تكون الأحكام التنظيمية أكثر فعالية، عندما تصبح الحوافز والجهود الملائمة للتأثير على سلوك الأفراد، مكملة لما تستهدفه هذه التشريعات (لا فونت وتيرول ١٩٩٣).

ومع ذلك، فالأحكام التنظيمية لا يتم تنفيذها تلقائيًا. المهام السياسية والإدارية التى يجب إتماميا أولاً من أجل سريان التشريع بفعالية، قد تكون مثيرة للاضطراب والحيرة. أكثر من ذلك، التصميم السيئ لهذه التشريعات، قد يجعل أداء النظام الصحى أسوأ، بدلاً من تحسينه. لذلك يجب أن يفهم صناع السياسات نقاط القوة فى التشريع وحدوده، وما يتطلبه الأمر لتنفيذ مستهدفات التشريع، إذا ما كان لهم استخدام هذه الأداة بشكل ناجح.

تم تنظيم هذا الفصل حول خمسة قضايا: ما هى الأحكام التنظيمية؟ ولماذا ننظم ما نحاول تنظيمه؟ كيف تؤثر اللائحة التنظيمية على أداء النظم الصحية؟ ما هى المحددات الكبرى لنجاح التشريعات؟ ما هى الأنواع الكبرى لتشريعات القطاع الصحي؟ أخيرا، نعطى بعض الإرشاد الشرطى حول كيفية استخدام الأحكام التنظيمية بشكل فعال. وصف الأنواع الأساسية للتشريع سيكون طويلاً، بسبب myriad regulation، الذى يختلف بشكل عظيم بين البلدان ذات الدخل العالى والدخل المنخفض. قد يلجأ القراء إلى هذا الجزء مرة بعد أخرى بشكل اختيارى من أجل مزيد من التعلم حول البدائل التشريعية الخاصة التى يهتمون بها.

تعريف الأحكام التنظيمية ومسوغاتها

نحن نستخدم مصطلح "الأحكام التنظيمية" للإشارة إلى استخدام الحكومة "لسلطتها الجبرية لفرض قيود" على المنظمات والأفراد. فى ظل هذا التعريف، فقط القواعد القانونية، وليس الحوافز، أو تغيير السلوك (انظر الفصل الثانى عشر)، تندرج تحت عنوان "الأحكام التنظيمية". ومن ثم، الأحكام التنظيمية تشمل كامل أنواع الأدوات القضائية (القوانين، القرارات، الأوامر، البروتوكولات، الأحكام الإدارية، والأدلة الاسترشادية)، سواء صدرت بواسطة الحكومة أم بواسطة الهيئات الغير حكومية (أى، المنظمات التى تصدر أحكامها وقواعدها ذاتيًا) التى تفوض لها الحكومة سلطة التنظيم لائحيًا (منظمة التعاون الاقتصادى ١٩٩٦).

يستبعد تعريفنا لما هى الأحكام التنظيمية الأحكام، والشروط المفروضة على البائع بواسطة المشترى للتأمين الصحى، أو خدمات الرعاية الصحية. مثلاً، خطط التأمين الخاص والاجتماعى؛ غالبا ما تقيد مقدمى الخدمة بتحديد من وكيف سيدفعون لهم مقابل الرعاية. هذا ليس تشريعًا، لأنه ليس قاعدة قانونية مفروضة بواسطة الحكومة، بل هى بنود تعاقد بناءً على تفاوض بين البائع والمشترى. وهذا صحيح حتى عندما تكون الحكومة نفسها فى وضع المشترى.

وكما أشرنا أعلاه أن الغرض من الأحكام التنظيمية تتعلق بطرق متنوعة بإتمام أو تصحيح النتائج التى تخرج من الأسواق الاقتصادية. أولاً، أى مجتمع يعتمد على آليات التبادل السوقى يجب أن "تضمن إن التبادلات والتعاملات تتم بشرف وعلنًا" (نورث ١٩٩٠، ووليامسون ١٩٨٥). تفرض الضرورة وجود مجموعة أساسية من القواعد والأحكام لتعريف الالتزامات القانونية لشتى اللاعبين فى تعاملات السوق، محددة سلطاتهم، ومسئولياتهم، وقابليتهم للمحاسبة. مثلاً، فى القطاع الصحى، تستخدم الحكومة الأحكام التنظيمية لإرساء التزامات كلاً من المشترين (المرضى والمستهلكون) والبائعين (الأطباء، والصيادلة، والمستشفيات وهيئات التأمين)، لضمان نزاهة وشفافية التعاملات المتفق عليها وأنها منفذة بشكل يعتمد عليه.

السبب الثانى لضرورة الأحكام التنظيمية ينشأ عندما يكون عمل الأسواق سليمًا من المنظور الاقتصادى. وعلى الأخص، لا تستطيع الأسواق التعامل مع التوزيع الغير عادل للدخل والاحتياجات الصحية المتنوعة. مثلاً، يحصل المواطنون الفقراء على خدمات قليلة من المستشفيات، التى تتبع مبادئ السوق، وذلك بالضبط لأنهم فقراء، ولا يستطيعون تحمل تكاليف هذه الخدمات. وبنفس الشعار، يقطن قليل من الأطباء فى المناطق الريفية الفقيرة المهملة، بسبب الفرص الاقتصادية المحدودة، التى توفرها هذه المناطق. تستطيع أسواق التأمين أيضًا إخراج نتائج غير مرضية من منظور الإنصاف. مثلاً، دون قواعد تنظيمية، غالبًا لن تغطى مثل هذه الأسواق المرضى بالأمراض المزمنة، لأنهم لا يستطيعون تحمل تكلفة الاشتراكات المالية الأولية للتأمين. كل هذه الأوضاع تستطيع، وقد أنتجت محاولات لاستخدام الأحكام التنظيمية للترويج لمزيد من القدرة المتساوية على الوصول إلى الخدمة الصحية، وتحسين توزيع الوضع الصحى.

ثالثًا، تنشأ الحاجة إلى القواعد التنظيمية؛ بسبب أن أسواق القطاع الصحى لا تمتلك غالبًا الشروط المطلوبة لحدوث تنافس فعال بشكل معقول" (هسياو ١٩٩٥). "لمثل هذا الفشل السوقى" أنواع مختلفة عديدة. أولاً، قد لا يكون المستهلكون قادرين على الحكم على جودة المنتجات، أو الخدمات التى يستهلكونها. نتيجة لمثل هذه المشاكل، قد يصبحون ضحايا لأطباء غير مؤهلين، أو لا يستطيعون التقاط الأدوية ذات المكونات المعيبة. تستطيع الحكومات الاستجابة لمثل هذه الأوضاع بطرق متنوعة. قد توفر الحكومة المعلومات للمشترين؛ لتحسين اختياراتهم: أى، من خلال تحديد رموز، أو عناوين على علب الدواء. وبشكل بديل، قد تقيد الحكومات ما يقدم فى الأسواق بواسطة أطباء مرخصون، أو تقييد الأدوية المباعة. فى سياق الصحة العامة، نستطيع حتى تقييد سلوك المستهلكين الشخصى على أرضية جهلهم الخاص، بفرض خوذات لراكبى الموتوسيكلات، مثلاً. أحد الأشكال المتعلقة على نحو خاص بجهل المريض، التى ناقشناها فى الفصل الثالث، تشمل مخاطرة إغراء الطبيب المريض باستهلاك مزيد من الخدمة – وبذلك زيادة دخل الطبيب. تستخدم العديد من البلدان الأحكام التنظيمية، لمخاطبة هذه المشكلة، بتحديد العدد الكلى للأطباء، أو أسرة المستشفيات.

يشمل نوع ثانى من فشل الأسواق ما يسميه الاقتصاديون "التأثيرات الخارجية"، حيث تؤثر قرارات المستهلكين على أناس آخرين، ولكنهم لا يأخذون تلك الفوائد، أو التكلفة فى اعتبارهم عند اتخاذ القرار. الأمثلة الكلاسيكية هنا تتضمن التطعيم، حيث تطعيمى يعنى فوائد للآخرين فى مجتمعى، وتلويث الهواء، حيث الانبعاثات من مصنعى تؤذى الآخرين فى الجوار. عديد من الحكومات تدعم ماليًا أو تطالب بأفعال ذات فوائد ايجابية وتفرض ضريبة أو تحظر الأفعال التى تكبد الآخرين تكلفة. مثلاً، فرض امتلاك الدراجات النارية لأضواء أمامية وفرامل جيدة وفرض حدود قصوى للسرعة، كلها طرق لزيادة المنافع الخارجية، وتخفيض التكلفة الخارجية على الآخرين من غير سائقى الدراجات النارية (روزن، ٢٠٠٢).

نوع خاص من المؤثرات الخارجية يشمل ما يسميه الاقتصاديون "خيرات". تلك هى سلع ذات منافع خارجية واسعة، ولكن من الصعب تعدادها - مثل تعليم القراءة، والكتابة الأساسى، والتعليم المدنى - والذى تقدمهم الحكومة غالبًا خارج نطاق السوق. تستخدم الحكومة أيضًا فى الغالب الأحكام التنظيمية؛ لتشرف على ضمان تنفيذ هذه الأنشطة (ماسجريف وماسجريف ١٩٨٩).

النوع الثالث من فشل الأسواق، يشمل وجود "احتكار"، بائع وحيد، أو "مجموعة محتكرة"، عدد صغير متعاون من البائعين. فى مثل هذه الأحوال، لا تجبر المنافسة المنتجين على تقليل التكلفة والأسعار. نتيجة لذلك، بعض الحكومات تتدخل؛ لمكافحة السلوكيات المناهضة للمنافسة (أى بتثبيت الأسعار)، أو وضع حدود للاندماج بين الشركات؛ لمنع تطور الاحتكارات فى المقام الأول (ماسجريف وماسجريف ١٩٨٩).

فى الأخير، يروج البعض من ذوى وجهات النظر الفلسفية الخاصة لفرض الأحكام التنظيمية - خصوصًا أصحاب النظرة المجتمعية، والنفعيين الوضعيين - الذين يعارضون نتائج السوق لتنويعات من الأسباب الأخلاقية الخاصة. مثلاً، قد يشترى المستهلكون طوعًا خدمات وقائية معقولة الفعالية والتكلفة، لذلك لا يعظم السوق من الوضع الصحى. يستجيب النفعيون الوضعيون أحيانًا بالإلحاح على فرض أحكام تنظيمية لسلوك الأفراد، من أجل تحسين العائد الصحى (عزل صحى الأفراد ذوى الإصابة الشديدة بمرض نقص المناعة المكتسب الذين يدخلون فى علاقات جنسية غير آمنة). أصحاب النظرة المجتمعية على النقيض، غالبًا ما يريدون استخدام الأحكام التنظيمية؛ للحد من التعاملات التى تناهض الحساسيات الأخلاقية (الإجهاض، تجارة الجنس، بيع الأعضاء).

بالإجمال، تحليلنا للأحكام التنظيمية "لا" يفترض على السواء أن السوق هو دائما الأفضل، أو أن نظرة الاقتصاديين لأهداف المجتمع، هى الطريق الوحيد للنظر فى إصلاح القطاع الصحى. بدلاً من ذلك، نريد طرح إطار عمل يحيط بالتوجهات الأخلاقية المتعددة، التى تغنى محاولات القواعد التنظيمية فى أنحاء العالم. "كيف" تختار كل أمة سبيلها الذى سوف تسلكه، والأهداف التى تحتضنها، و"كيف" سوف تعتمد على "قيمها ومعتقداتها" الخاصة بها (انظر الفصل الثالث)، كما تنبع من القيم الاجتماعية الخاصة بكل أمة (شكلار ١٩٩٧)، وكما تعبر عنه العملية السياسية الخاصة بها؟ (انظر الفصل الرابع). (جدول المبررات الأخلاقية لمثل هذه الأصناف الأربع من الأحكام التنظيمية يحتويه الجدول رقم ١١,١).

الأحكام التنظيمية ومستهدفات النظام الصحى

جدول ١١,١ أصناف القواعد التنظيمية وما يتعلق بها من منظورات أخلاقية

نوع القواعد التنظيمية	المنظور الأخلاقى المتعلق بها
أسس شروط أساسية لتبادل سوقى نزيه.	النفعية الذاتية، النفعية الوضعية.
تمم ما لا تستطيع الأسواق فعله (مثل ضمان القدرة المتساوية للوصول إلى رعاية صحية أساسية).	الليبراليون ذوى نزعة المساواة، أصحاب النظرة المجتمعية.
صحح فشل الأسواق. ووفر خدمات عامة وخبرات عامة.	النفعية الذاتية.
صحح النتائج الغير مقبولة للأسواق (مثل التدخين).	النفعية الوضعية، وأصحاب النظرة المجتمعية.

كم هى عدد الأنواع المختلفة للقواعد التنظيمية المتصلة بالأوجه المتنوعة لأداء النظام الصحى المقدمة فى الفصلين الخامس والسادس؟ أولاً، القواعد التنظيمية ذات التأثير الطويل الأمد على صحة السكان، أو التى تقدم حماية مالية ضد المخاطر، يمكنها التأثير مباشرة على أهداف الأداء التى قمنا بتعريفها. على سبيل المثال، ضمان آمان وسلامة المياه، والطعام، والدواء، سوف يؤثر على الوضع الصحى الكلى. وبالمثل، الاشتراك الإجبارى فى خطط الضمان الاجتماعى يمكن لها أن تضمن أن كل الأشخاص المؤهلين يمتلكون حماية مالية ضد المخاطر.

ومع ذلك، معظم الأحكام التنظيمية تؤثر على مقاييس الأداء الوسيطة. مثلاً، الأحكام التنظيمية التى تستهدف تحسين جودة الخدمات الصحية تستطيع، فى حالة نجاحها، أن تؤدى إلى تحسين العائد الصحى، وزيادة رضاء الجمهور. تستطيع الأحكام التنظيمية التى تستهدف تصحيح أخطاء السوق تحسين الكفاءة، التى تستطيع بدورها تخفيض التكلفة الصحية، وتقلل من أسعار الخدمات الصحية. وهذا يستطيع تشجيع كلاً من الحكومة، والأفراد على زيادة استخدام الخدمات وبالتالى تحسين الوضع الصحى. وبالمثل، السيطرة على التسعير الاحتكارى، يمكنه تخفيض الأسعار للخدمات الصحية. وقد يمتلك ذلك أثرًا إيجابيًا على التوافر الفعال، أو القدرة على الوصول إلى الخدمة الصحية، الذى بدوره يمد هذا الأثر إلى العوائد الصحية ورضا المرضى.

محددات نجاح استخدام الأحكام التنظيمية

الاستخدام الفعال للقواعد التنظيمية عملية معقدة وذات متطلبات (لاندى وآخرون ١٩٩٠). أولاً، تحتاج استراتيجية ملائمة لاستخدام الأحكام التنظيمية إلى عملية تطوير – اتخاذ قرارات فيما تعلق بماذا ننظمه وكيف. ومن ثم يجب تأسيس هيئات، شاملة تعيين طاقم العمل وجمع البيانات. ومن ثم يجب كتابة القواعد

والأحكام التفصيلية. تاليًا يجب تطبيق هذه الأحكام على حالات خاصة. يجب تأسيس عمليات متابعة وتقييم حتى يمكن اكتشاف من يخرقها، إقناعهم بتغيير سلوكياتهم أو توقيع عقوبة عليهم فى حالة عدم استجابتهم. يجب أن يتم كل ذلك عبر سياق فيه كل من يخضع للقواعد التنظيمية، سوف يعترض، ويسعى إلى التأثير على الهيئة لتعاملهم بهوادة أكثر. وهكذا تحتاج القواعد التنظيمية الفعالة إلى مزيج ملح من الحنكة الفنية، والقدرة الإدارية، والدعم السياسى، وهو الأمر الذى لا يكون دائمًا من السهل بالنسبة للأمم أن توفره (آيرس وبريثويت ١٩٩٢).

تحتاج الأحكام التنظيمية إلى ضبطها طبقًا للظروف المحلية. مثلاً، لأن معظم البلدان العالية والمنخفضة الدخل تواجه عمومًا أوضاعًا مختلفة فى نظمهم الصحية، محاولاتهم لاستخدام الأحكام التنظيمية غالبًا ما تتوجه لحل مشاكل مختلفة. معظم البلدان عالية الدخل لديها عدد كاف من الأطباء، أو حتى فائضًا منهم. لذلك، تتوجه الأحكام التنظيمية فى تلك البلدان إلى تحديد العرض من الأطباء لمكافحة الطلب الذى يخلقه العرض. وعلى النقيض، لدى عديد من البلدان منخفضة الدخل نقصًا فى الأطباء المؤهلين، وجهودها فى استخدام الأحكام التنظيمية تنصب غالبًا على التأثير على الأطباء، للخدمة فى المناطق المحرومة من الأطباء، أو التى يندر تواجدهم بها.

إضافة إلى مواجهتهم مشاكل مختلفة، تجلب البلدان مجموعات مختلفة من الطاقات والاتجاهات إلى مشروع الأحكام التنظيمية. خبرات التدخلات بالأحكام التنظيمية فى كوكب الأرض، تفترض أن محاولات استخدام الأحكام التنظيمية الناجحة تعتمد على ثلاث جوانب رئيسية لوضع كل أمة: "الاتجاهات الثقافية"، و"كفاءة الحكومة"، و"الدعم السياسى". كل تلك العوامل تحتاج كما نعتقد إلى أن تؤخذ فى الحسبان عند تصميم هيئات الأحكام التنظيمية.

الاتجاهات الثقافية

يصبح نوعان من الاتجاهات الثقافية حاسمين لنجاح مساعى الأحكام التنظيمية – اتجاهات عامة واتجاهات نوعية. تشمل الاتجاهات العامة آراء المواطنين فى الحكومة، والنسق الكلى لرد فعلهم إزاء تصرفات الدولة. تتنوع مثل هذه الاتجاهات تنوعا واسعا حول العالم. البلدان فى تنوعها كالدانمرك و سنغافورة لديها مواطنون ملتزمون بالقانون، يرون حكوماتهم حكومات شرعية، ويثقون فى نزاهتها وكفاءتها، ويطيعون القانون والقواعد بشكل أو بآخر طاعة تلقائية. وعلى النقيض، مواطنون فى مجتمعات متنوعة بشدة مثل المجر والصين هم على الأرجح يبحثون عن الطرق التى يتحاشون بها القواعد التنظيمية أكثر من الالتزام بها. إنهم يرون الحكومة غير عادلة غالبا وغير شرعية، وحيث إن خرق القانون شائع فهم يميلون إلى رؤية إطاعة القانون بوصفه بلاهة. وبالمثل، بعض الحكومات أكثر استعدادا من غيرها لفرض عقوبات قاسية على من يخرق القانون، ومن ثم يعرف المواطنون أنه لو تم ضبطهم سوف تكون العقوبة فادحة. هذه العوامل الثقافية يجب أخذها فى الاعتبار، عند تصميم برامج الأحكام التنظيمية.

يجب أن يدرك القائمون على الإصلاح أن أعراف ثقافية، ومعتقدات اجتماعية خاصة، تسيطر على فعالية الأحكام التنظيمية. يختلف رد فعل القائمين على تنفيذ الأحكام والخاضعين لها، بناءً على درجة اتفاقهم مع الهدف الذى تعبر عنه الأحكام التنظيمية. عندما تتفق القيود القانونية مع المعتقدات الاجتماعية، سوف يلتزم المواطنون بها على الأرجح؛ والعكس، ربما يحاول الخاضعون للقانون تجنب أحكامه التنظيمية. جهود مكافحة المخدرات، والكحوليات فى العديد من البلدان فشلت، لأنها لم تكن منسجمة مع المعتقدات الثقافية. وبسبب مثل هذه المعتقدات، قد تحتاج الأحكام التنظيمية إلى مصاحبتها بتدابير التسويق الاجتماعى (انظر الفصل الثانى عشر) الذى يأتى بالسلوك الفردى فى توازى أعظم مع القصد من الأحكام التنظيمية.

وكما أشرنا أعلاه، تثير مهمة وضع الأحكام نمطيًا قضايا فنية وإدارية صعبة. نحتاج إلى طيف واسع من الخبراء – من الطب، وعلوم الأحياء، والكيمياء إلى القانون والاقتصاد، والمحاسبة. قد نحتاج إلى بناء نظم معلومات وتقارير مكثفة. نحتاج إلى تدريب المفتشين ودفعهم إلى الميدان، ونحتاج إلى تطبيق قواعد عامة فى الحالات الخاصة. وضع الأحكام التنظيمية وتنفيذها جبريًا يمكنه وضع عبء عظيم ومسئوليات على الهيئات ذات العلاقة. فى محاولة لأن تكون واضحا وضوحا لا لبس فيه فيما يتعلق بما هو مسموح وبما هو ممنوع، تميل الأحكام والقوانين إلى تصوير الواقع بمعايير الأبيض والأسود. ولكن كثير من الأحوال فى الحياة الواقعية تندرج تحت درجات الرمادى، مما يصعب تطبيق الأحكام فى هذه الحالات. وهذا يملى إن الأحكام التنظيمية، تمتلك قدرة على التمييز أثناء عمليات التنفيذ.

يعتمد النجاح الذى تحققه الأمة فى تنفيذ هذه العمليات على القدرة التنظيمية للحكومة جزئيًا. فى بلاد ذات خدمة مدنية عالية الجودة، بنظام بوليس ومحاكم جيدة وظيفيًا، وكشوف ضرائبية فعالة وهكذا دواليك، سوف تصبح مهمة تأسيس هيئة فعالة للقواعد التنظيمية، أسهل كثيرًا.

عمليات تشغيل الهيئة المسئولة عن الأحكام التنفيذية هى غالبًا بؤرة جدل محتدم. ولأن المسئولين عن تنفيذ الأحكام التنظيمية يحاولون تغيير سلوك جماعات نوعية، يمتلك أولئك الخاضعون لهذه الأحكام كل الأسباب، لتخفيف تأثير أو تقليل فعالية الهيئة المسئولة عن تنفيذ الأحكام إلى الحد الأدنى. تبدأ جهودهم تلك على الأرجح بمحاولة صياغة شكل مخطط. وعمل الأحكام والقرارات الإدارية، ويستمر ذلك خلال كل أوجه التنفيذ. تتراوح الجهود الناتجة من الترغيب والتهديد، إلى الضغط السياسى إلى الإفساد الصريح. يأتى التحريض بأشكال عدة، من الرشاوى إلى الهدايا

إلى الوعود بمناصب حكومية مرموقة، إلى المحسوبية لصالح أقارب وأصدقاء المسئولين عن تنفيذ الأحكام. كيف يستجيب المسئولون عن الأحكام التنظيمية؟ يعتمد الجواب فى جزء منه على البناء السياسى، وقدر مهنية البيروقراطيين.

هناك تباينات واسعة فى طبيعة ومدى الفساد فى البلاد المختلفة. وتتنوع الثقافات السياسية. ففى بعض المجتمعات، فشل رئيس مكتب فى معاونة عضو فى عائلة أو عشيرة – أو حتى زميل فصل دراسى فى كلية – سوف ينظرون له بوصفه شيئًا معيبًا. حتى داخل البلد الواحد، تقوم تباينات ملموسة بين المناطق أو الأقسام المختلفة. فى الهند، ولاية بيهار ليست كولاية ماهاراسترا. فى الولايات المتحدة، الميسيسبى ليست مينيسوتا. فى كلا الحالتين، للولاية الثانية شهرة فى النزاهة والاستقامة أكثر من الأخرى. وطبقًا لمؤشر الشعور العام بالفساد (المبنى على وقائع تلقى الرشاوى)، تقع كندا باستمرار بين أقل الدول فسادًا، بدرجة ٩,٢؛ بينما درجة الولايات المتحدة ٧,٨؛ وعديد من البلدان منخفضة الدخل درجاتها ٣,٥ أو أقل، من بينها نيجيريا الأسوأ (نشرة الشفافية الدولية ٢٠٠٠). يتخذ الفساد فى البلدان عالية الدخل غالبًا أشكال حصيفة؛ مثلاً، شكل المساهمات فى الحملات الانتخابية، أو إتاحة فرص متميزة للأعمال التجارية بالنسبة للزعماء السياسيين. الفضائح الأخيرة المتعلقة بالمساهمات المالية فى الحملات السياسية فى ألمانيا وفرنسا تشير إلى أن الفساد، يظل مشكلة جدية، حتى فى البلدان عالية الدخل.

محاولات من يخضع للأحكام التنظيمية حماية أنفسهم قد تكون ماكرة وحصيفة، وذلك عندما "يستولى" على هيئة متابعة الأحكام التنظيمية هؤلاء الذين من المفترض أن عملهم تنظمه هذه الأحكام. فليس من غير المعتاد بالنسبة للمسئولين المعينين فى قيادة هيئة مراقبة تنفيذ الأحكام، سابقة اشتغالهم بنفس الصناعة، التى تخضع الآن لأحكام عملهم. وأحيانًا يكون ذلك بسبب أن الصناعة هى المصدر الوحيد للخبرة فى مجالها الخاص. فى حالات أخرى، تمارس

الضغوط عيانًا بيانًا. لكن نتيجة لذلك، من المعروف أن القائمين على مراقبة تنفيذ الأحكام التنظيمية، يكونون فى وضع من يتعاطفون، ويدافعون عن مصالح من يخضعون للأحكام التنظيمية أكثر من الرأى العام (ستيجلر ١٩٧١).

يفتقد العديد من البلدان متوسطة، ومنخفضة الدخل إلى الحنكة الفنية، والطاقة الإدارية، ونظم المعلومات، لصياغة الأحكام التنظيمية. نتيجة لذلك، هناك أنواع قليلة من الأحكام التنظيمية فى البلدان منخفضة الدخل، والأحكام الموجودة غالبًا ما تركز على الأوضاع الدرامية، حيث قد يضر السلوك المعيب مباشرة بالسلامة العامة. حتى حينئذ، تنفيذ القانون هو دائمًا لا يتم بشكل متوازن ويعرقله الفساد والمحسوبية. وعلى الأخص، لا تفعل البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل إلا القليل من الأحكام التنظيمية، من أجل السيطرة على الرعاية الصحية التى يقدمها القطاع الخاص، أو أسواق التأمين الصحى الخاصة. سياسة الباب المفتوح هذه تترك العديد من المرضى تحت رحمة الأطباء والصيدليات، والعيادات، والمستشفيات المحليين الغير محكومين بأحكام تنظم عملهم. ولكن البلدان التى تسعى لتصحيح هذه الأوضاع من خلال الأحكام التنظيمية، تحتاج لأن تكون واقعية فيما إذا كان لديهم القدرات الفنية والإدارية، التى تمكنهم من صنع ذلك بنجاح.

وعلى النقيض، البلدان عالية الدخل عمومًا تمتلك البنية التحتية الفنية والقانونية لتنظم بشكل فعال عن طريق الأحكام عديد من سمات النظام الصحى، متضمنة الجودة الإكلينيكية، والاستثمار بواسطة المنشآت الصحية، ونشر التكنولوجية الطبية. أكثر من ذلك، حيث يعتمدون على القطاع الخاص، هم يستطيعون غالبًا ويستخدمون الأحكام التنظيمية؛ لمحاولة مكافحة احتكار الأسعار، سواء مارسه مقدمو خدمة قطاع خاص، أو شركات الدواء. شركات التأمين الصحى، أيضًا، تخضع لأحكام تنظيمية لضمان توافر السيولة لديها، وتخفيض اختيار المخاطر.

لا تعتمد قدرة الحكومة بشكل وحيد على مستوى التطور الاقتصادى - من هنا، لا تتوفر اختيارات الأحكام التنظيمية أمام القائمين بإصلاح النظام الصحى. بدلا من ذلك، القدرات على بناء الأحكام التنظيمية لديها علاقة تبادلية مع المتغير الأول: الاتجاهات الثقافية. البلدان. التى يدعم مواطنوها حكوماتهم على الأرجح تصبح مؤسساتهم الحكومية، والعكس بالعكس. أية أمة تسعى لاستخدام الأحكام التنظيمية عليها تقييم كلاً من العوامل الثقافية والقدرة على استصدار، وتنفيذ الأحكام التنظيمية، وصياغة استراتيجية استخدام هذه الأحكام طبقًا لذلك.

الدعم السياسى

الأحكام التنظيمية، سواء تم تشريعها، أم صدرت كأحكام تنفيذية، يتم استصدارها من خلال العملية السياسية. كل الأمم تمتلك جماعات مصالح سواء أكانت رسمية أم غير رسمية. تتواجد هذه الجماعات سواء كانت الأمة محكومة بحزب واحد، أم بديموقراطية برلمانية، أم بحكم وراثى، أم برجل جيش قوى. وتستطيع هذه الجماعات امتلاك نفوذ قوى جدًا للتأثير على القرارات التنظيمية. ومن هنا عند تصميم الأحكام التنظيمية، تكتسب المهارات السياسية أهمية كبيرة. تشمل هذه المهارات السياسية معرفة من قد يدعم ومن قد يعارض هذه الأحكام؟، وما هى الأحلاف السياسية التى يمكن تشكيلها، وما هى المساومات التى يجب إجراؤها، وما هى الاستراتيجيات السياسية التى قد تعمل؟. وكيف يمكن تصميم الأحكام التنظيمية حتى تكون مقبولة سياسيًا. (وصفنا المهارات السياسية فى الفصل الرابع).

أكثر من ذلك، نحتاج إلى الدعم السياسى عند كل من إنشاء مؤسسات لعمليات استصدار الأحكام التنظيمية، ومن أجل فعالية تنفيذها. الخاضعون للأحكام التنظيمية يسعون أحيانًا إلى ترحيل القرارات المهمة إلى مرحلة التنفيذ - على أمل أنهم سوف يستطيعون التأثير على الهيئات الإدارية أثناء حضور الجمهور، وكذلك

الانتباه السياسى أقل تركيزًا على ما ينتج من قرارات. قد يكون الدعم المستمر من الزعماء السياسيين ضروريًا جدًا لمنع مثل هذا "التجميد للأحكام التنظيمية" من نسف المحاولة بأكملها (ستيجلر ١٩٧١). وقد يكون الأمر كذلك على نحو خاص، حيث إن الأحكام التنظيمية غالبًا ما تكون مبهمة عند تطبيقها على حالات بعينها، ولذا تميل هذه الأحكام إلى وجود تدقيق وشروح ملموسة. بل أكثر من ذلك، يضغط الخاضعون للأحكام دائمًا للحصول على تنازلات. ومن هنا، تحتاج الهيئات المسئولة عن الأحكام إلى دعم جيد، إذا ما كان لهم أن يقاوموا الضغوط التى لا مناص منها، بواسطة الخاضعين لهذه الأحكام.

تخطيط مؤسسات الأحكام التنظيمية وعملياتها

يعتمد العائد من مبادرات الأحكام التنظيمية على التخطيط التفصيلى لمؤسساتها، وعملياتها، وعلى كيفية استجابة القائمين على الإصلاح لسمات الاتجاهات والقدرات والمجال السياسى لأوضاعهم القومية. تصبح هناك حاجة لكل من الكفاءة الفنية، والحكم السليم على الأمور. يجب صنع مادة الأحكام التنظيمية وصياغة كلماتها بعناية، والجزاءات يجب أن تكون متناسبة مع خطورة الضرر، أو الخسارة، التى يتسبب فيها من يخرق الأحكام، ويجب تفصيل العقوبات، أو الحوافز بمهارة للترويج لإطاعة الأحكام. دون ذلك، لن تكون الأحكام التنظيمية ذات فعالية على الأرجح.

لذلك يعتمد العائد من الأحكام التنظيمية بشكل حاسم على عملية التنفيذ الجبرى، خصوصًا على مقدرة المسئولين على التنفيذ على التقاط المنتهكين للأحكام، وتوقيع الجزاءات عليهم وردعهم. لأن هيئات تنفيذ الأحكام التنظيمية نمطيًا تمتلك فقط "موارد تنفيذ جبرى محدودة"، فهى تستطيع فقط اكتشاف عدد محدود فقط من المنتهكين، والعلم بهم ومسائلتهم. فقط إذا ما كان الالتزام الطوعى

بالأحكام هو السائد نسبيًا، والانتهاكات غير متكررة نسبيًا، فقد تكفى هذه الموارد المحدودة للعلم بهؤلاء المنتهكين مما يزداد معه احتمالية ضبطهم، وإحالتهم للمسائلة، بحيث تمثل ردعًا لمحاولات الانتهاك المحتملة (روبرتس وفارنيل ١٩٧٨). معًا، هذه الظواهر تحتم أن القواعد والجزاءات المقبولة اجتماعيًا فى ثقافة معينة، سوف يكون من الأيسر تنفيذها جبريًا.

لاكتشاف الانتهاكات، يحتاج القائمون على التنفيذ "بيانات"، وهو ما يخلق تعقيدات إضافية. البيانات التى تتوافر بسهولة (ودون تكاليف مرتفعة) هى غالبًا بيانات لا يرغب القائمون على التنفيذ فى الحصول عليها. مثلاً، البلد الذى يريد فرض أحكام تنظيمية على الجودة، يستطيع بسهولة اختبار الخريجين الجدد من كليات الطب حول درجة معارفهم فى علم التشريح. ولكنه أصعب كثيرًا تقييم كيف يستخدم الأطباء الممارسون معارفهم فى العلاج اليومى للمرضى. وهكذا، يواجه القائمون على تنيذ الأحكام التنظيمية مساومات بين نوعية البيانات المتعلقة بعملهم، وبين تكلفة الحصول عليها. وتقيم هذه النقطة الدور الذى تلعبه المهارة الفنية للحكومة، ومقدرتها على جمع البيانات فى ابتداع استراتيجية للإصلاح.

فور اكتشاف المنتهكين، يجب فرض عقوبات. إلا أنه، إذا ما تطلبت عملية فرض العقوبات إجراءات طويلة ومعقدة فى المحاكم، قد لا يمتلك القائمون على التنفيذ الموارد لمسائلة عدد كبير من المنتهكين. من الناحية الأخرى، لو يستطيع القائمون على التنفيذ فرض غرامات دون إجراءات المحاكم الطويلة، ربما يسيئون استخدام سلطاتهم. فور دخول الشرطة، ووكلاء النيابة والقضاء فى العملية، سوف يجد هؤلاء مساحة لممارسة اختياراتهم فى كيفية إجراءات التنفيذ. لو بدا أن الأحكام غير عادلة، أو غير ملائمة بالنسبة لهم، سوف يجدون سبلاً لتجنب تنفيذها. وهكذا تؤثر الاتجاهات الثقافية ليس فقط على الأحكام التنظيمية، ولكن أيضًا على القائمين على تنفيذها.

ليس من السهل الإجابة على سؤال من الذى ينفذ هذه المهام بطريقة تحقق أكثر فعالية وأقل تكلفة؟. قد نعطى المسئوليات والسلطات إلى هيئة حكومية، أو مجالس قومية، أو منظمات قطاع خاص. فى غالب الأحوال تستخدم المجالس القومية بسبب عزلتها النسبية عن التأثير السياسى المباشر، خصوصًا عندما تكون الحكومة غير ذات فعالية، أو فاسدة، أو تهيمن عليها مصالح الجماعات. تمتلك المجالس القومية ميزات حصانتها من التأثير السياسى أكثر من الهيئات الحكومية، وموظفوها لا يتخذون وضع موظفى الخدمة المدنية، وقابلية أعظم للمسائلة المباشرة من الرأى العام.

أى الاختيارات هو الأكثر فعالية والأكثر كفاءة، يعتمد ذلك بشكل كبير على القدرات الإدارية النسبية للمنظمات النوعية وعلى الأوضاع السياسية للأمة. على سبيل المثال، عديد من البلدان تستخدم الجمعيات الطبية القومية لضبط عمل الأطباء لأن ذلك أكثر قبولاً لأعراف المهنة. من الناحية الأخرى، يثير هذا الترتيب مخاطر عدم تطبيق القواعد والأحكام بالصرامة الواجبة، لأن عمليات التنفيذ سوف تقع "أسيرة" بين أيادى الأطباء، التى من المفترض أنها تنظمهم. تستطيع الحكومات استجابة لهذا الوضع أن تضع أحكام منظمة لعمل منفذى الأحكام التنظيمية بوضع قواعد لتمثيل الجمهور العام فى مجالس المراجعة، ولشفافية عمليات المراجعة، وقابلية المهنة للمحاسبة أمام الجمهور العام (ايرفين ١٩٩٧).

وضع الأحكام التنظيمية ذاتيًا يستخدم فى القطاع الصحى لضمان الجودة التى يصعب قياسها، أو التأكد منها (دو جاينت ١٩٩٥، جراهام ١٩٩٤). فعليًا، يعتمد القائمون على تنفيذ الأحكام التنظيمية فى القطاع الصحى غالبًا على الخاضعون لهذه الأحكام من أجل كتابة التقارير عن سلوكهم الخاص، بالضبط كما

يعتمد جباة الضرائب على الأفراد ومشاريع الأعمال على تسجيل عوائد الضريبة. مثلاً، ما هى نسبة المضاعفات بسبب الجراحات، أو معدل العدوى فى مستشفى ما؟ فى مثل هذه الحالات، تظل من مصلحة القائم على تنفيذ الأحكام التنظيمية أن يطلب التقارير المبنية على البيانات، التى يجمعها الخاضعون للأحكام لأغراض تخصيصهم. استخدام مثل هذه البيانات يقلل تكلفة إعداد التقارير بالنسبة للخاضعين للأحكام، مما يرجح أنهم سوف يلتزمون بإعدادها. بل إن ذلك من الممكن أن يسمح للقائمين على تنفيذ الأحكام باتخاذ موقع المدقق لبيانات التقارير التى يستلمونها. ولتشجيع دقة التقارير، التى يضعها الخاضع للأحكام التنفيذية، يجب أن يستنكف القائمون على تنفيذ الأحكام عن توقيع عقوبات مفرطة عليه بسبب الانتهاكات الصغيرة للأحكام. فلو اتصفوا بالقسوة المفرطة، فالنتيجة هى أنهم سوف يشجعون على كتابة تقارير غير دقيقة، تنتج عنها بيانات مضللة لا يعتمد عليها.

الجدول ١١,٢ يقدم شبكة من البدائل التنظيمية التى تستطيع إدارة الأحكام التنظيمية، وبعض الأمثلة على هذه الأحكام.

أنماط الأحكام التنظيمية الرئيسية فى القطاع الصحى

نحن نقسم أنشطة الأحكام التنظيمية إلى ميدانين متميزين اثنين – أحكام تنظيم قطاع الرعاية الصحية، وأحكام تنظيم نظم التأمين الصحى. نحن نجمع الأفعال التنظيمية فى أربع مجموعات، بناءً على أربعة أغراض ناقشناها أعلاه. الجدول ١١,٣ يلخص الأحكام التنظيمية فى قطاع الصحة. فى القسم التالى، وفى الجدول ١١,٤، نقوم بوصف الأفعال التنظيمية، التى تستهدف التأمين الصحى، مع الانتباه المستمر للاختلافات بين البلدان عالية، ومتوسطة، ومنخفضة الدخل.

جدول ١١.٢ التنظيم البديل للهيئة المسئولة عن تنفيذ الأحكام التنظيمية فى علاقته بالمنظمات الخاضعة لهذه القواعد التنظيمية

القائم على التنفيذ، طبقًا للقواعد	الدولة	المجالس القومية	هيئات خاصة
الدولة	×	تنفيذ أحكام تنظيمية لخطط الضمان الاجتماعى مثل صناديق المرض	السيطرة الحكومية على الشركات الخاصة بالأحكام التنظيمية
المجالس القومية	×	×	صناديق المرض تنفذ أحكام تنظيمية على مقدمى الخدمة القطاع الخاص؛ لجنة مشتركة لاعتماد المستشفيات تنفذ أحكام تنظيمية على المستشفيات
هيئات خاصة		×	تنفيذ الأحكام التنظيمية ذاتيًا بواسطة النقابات والجمعيات الطبية

أسس ظروف مبدأية للتبادل فى الأسواق

كما أشرنا أعلاه، يجب على الحكومات إنشاء إطار عمل قانونى، وإطار عمل للأحكام التنظيمية، لتؤسس ظروف مبدأية للتبادل فى الأسواق. وهذا يتضمن نظام للتعاقد، وقانون تجارى، وقانون للأوراق المالية، ومحاكم لتنفيذ هذه الأحكام التنظيمية. مثل هذه القوانين تغطى وقائع التزوير والعجز عن أداء المتفق عليه

ونظام للوفاء بالديون والمسئولية عند إشهار الإفلاس. هذه القوانين، وتنفيذها الجبرى، هى جزء من البنية التحتية المؤسسية، التى لا غنى عنها لاقتصاد السوق الحديث. ورغم أن غياب هذه القوانين يعرقل نشوء أسواق الرعاية الصحية، فهى غالبًا لا تعتبر ضمن الأجندة الأضيق لجهود إصلاح القطاع الصحى.

هناك مجموعة أخرى من القوانين الأساسية، تحدد الهيكل الداخلى لمنظمات الرعاية الصحية (كما ناقشناها فى الفصل العاشر). يتضمن ذلك قضايا الحاكمية، والتبعية، ومسئولية كل من الكيانات الهادفة للربح، والغير هادفة للربح، ودور مجالس الإدارة، وحقوق حملة الأسهم. هناك حاجة أيضًا إلى تحديد حقوق الملكية – بما فيها الملكية الفكرية مثل حماية براءة الاختراع وحقوق النسخ. وعلى النقيض من المؤسسات القضائية العامة، جذبت هذه الأحكام انتباه القائمين على الإصلاح الصحى – خصوصًا فى البلدان التى تعيش مرحلة ما بعد الشيوعية، حيث ترتيبات الأسواق الصحية لا تستطيع النمو بشكل كامل، حتى يتم حل قضايا مخطط الشكل التنظيمى هذه.

فى نطاق نظام الرعاية الصحية الأكثر ضيقًا، هناك أسئلة نوعية حول حقوق المرضى والتزامات الأطباء. وتلك كانت مجالاً لاهتمام الكثيرين فى البلدان المتقدمة فى السنوات الأخيرة. هذا الاهتمام جاء من كل من منظور تحسين الأسواق، ومن معايير احترام الحقوق كغاية (ليبرالية) فى حد ذاتها.

التنفيذ الجبرى للأحكام التنظيمية الأساسية، حتى فى مجال الأعمال التجارية، فى البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، قد يكون صعبًا وغير عادل. وعديد من الأشكال النوعية للقواعد التنظيمية (مثل حقوق المرضى) تغيب كلها مرارًا.

تحفيز الإنصاف

لأن الأسواق الحرة توزع الرعاية الصحية بناءً على ما يستطيع الناس، وما هم على استعداد لدفعه، فالعائد من هذه الأسواق غالبًا لا ينسجم مع أهداف المساواة. لذلك، قد تستخدم الأمم الأحكام التنظيمية؛ لتحفيز الإنصاف فى القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية. عديد من البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل، على الأخص، حاولت استخدام الأحكام التنظيمية لدفع خريجى مدارس الطب والتمريض إلى الخدمة لمدة سنة أو اثنتين فى المناطق التى يندر بها تواجد الأطباء.

صحح فشل الأسواق ووفر استحقاقات عامة

جدول ١١.٣ مقارنة بين الأحكام التنظيمية فى البلدان عالية ومتوسطة ومنخفضة الدخل فى خدمات الصحة العامة والخدمات الصحية

تصنيف الأحكام التنظيمية	الأمم عالية الدخل	الأمم متوسطة ومنخفضة الدخل
تأسيس ظروف مبدأية للتبادل فى الأسواق .	تعريف وحماية حقوق الملكية وبراءات الاختراع .	نفس الشيء ولكن أقل تنفيذًا.
	السيطرة على السيولة فى مؤسسات الخدمة الصحية، وحالات الإفلاس	نفس الشيء.
	حماية حقوق المرضى .	قليل جدًا من الأحكام التنظيمية الرسمية.
تمم ما لا تستطيع الأسواق صنعه (مثل ضمان الإنصاف فى المقدرة على الوصول إلى الخدمة الصحية).	عين خريجين جدد للخدمة فى المناطق المحرومة من الأطباء.	نفس الشيء، يتم غالبًا.
	ضمان حقوق المرضى فى الخدمات العلاجية للطوارئ.	المستشفيات العامة تقدم خدمات الطوارئ.
صحح فشل الأسواق.		
التعامل مع التأثيرات الخارجية و الهبات العامة.	الحكومة تقدم مباشرة برامج مجانية أو مدعومة بشدة ماليا، مثل التثقيف الصحى و التطعيم.	نفس الشيء.

ساعد المستهلكين على اتخاذ اختيار مبنى على معلومات.	علامات ارشادية	درجة أحكام تنظيمية أقل
	نظم أحكام تمنع الكذب فى الدعاية والإعلان	درجة أحكام تنظيمية أقل
	أحظر إعلانات الأطباء عن خدماتهم	قيود قليلة
حماية المستهلك الغير قادر على الحكم على جودة الخدمة.		
	معايير سلامة الطعام صحيًّا ونقاء الدواء.	نفس الشيء ولكن التنفيذ الجبرى أقل
أحكام تنظيمية للمدخلات	ترخيص مزاولة مهنة للأطباء والممرضات والصيادلة.	نفس الشيء، ولكن ربما يتطلب تجديد دورى للترخيص.
	اعتماد جودة للمعامل والمستشفيات.	نفس الشيء، ولكنه ربما يتطلب تجديد دورى للاعتماد.
أحكام تنظيمية للعمليات	إتباع أدلة العمل الاسترشادية .	لا يوجد.
	تقارير يكتبها المرضى.	قليل من البلدان لديها ذلك، تعتمد المستشفيات العامة على القواعد الإدارية.
	أسس نظام كروت قياسية لتقارير الجودة.	لا يوجد.
أحكام تنظيمية للمخرجات	سداد الديون.	
	مجالس لمتابعة الانتظام فى العمل.	
	سوء الممارسة الطبية.	معظم البلدان لا تمتلك قوانين نوعية ضد سوء ممارسة مهنة الطب، ولكن سوء ممارسة المهنة يندرج تحت قوانين عامة أخرى (الهند استثناء لذلك).
	المراجعة الإكلينيكية.	

مكافحة الطلب الذى يخلقه مقدم الخدمة

أحكام تنظيمية لقوة العمل	تحديد عدد نقاط التدريب وخطوات إصدار "الفواتير".	عديد من البلدان تعانى من نقص الأطباء، لذا السياسات معاكسة لتلك فى البلدان المتطورة.
	قلص خريجى مدارس الطب الأجنبية.	شجع خريجى المدارس الطبية الأجنبية.
	فض المنازعات بين المصالح.	قليل من البلدان فيها تضارب فى المصالح.
أحكام تنظيمية للاستثمار الرأسمالي.	تحديد فرص إدخال التكنولوجيا الجديدة وبناء المنشآت الجديدة.	معظم البلدان تشجع الاستثمار الخاص.
	قلص استيراد التجهيزات من الخارج.	بعض البلدان يشجع الاستيراد.
واجه الاحتكار.		
قيد الاحتكار.	سن قوانين ضد الاحتكار وقيد سلوك الهيمنة الاحتكارية.	قليل من البلدان لديها مثل هذه القوانين.
لوائح تنظيمية تمنع الأسعار الاحتكارية.	ضع جدول أسعار.	ضع رسوم استخدام فى المنشآت العامة، ولكن ليس للمنشآت الخاصة.
	ضع أسعار استرشادية للدواء	قليل جدًا من البلدان تمتلك قوائم الأسعار تلك.
صحح النتائج الغير مقبولة للسوق.	حظر بيع السجائر لصغار السن.	البعض ولكن التطبيق غير صارم.
	حظر المساعدة علي الانتحار.	قليل جدًا من البلدان لديها ذلك.

هذه الفئة تتضمن كل التدخلات الحكومية، التى تنشأ بسبب عدم أداء الأسواق لوظائفها بشكل صحيح. تعانى أسواق الخدمات الصحية خصوصًا من فشل الأسواق بسبب مشاكل معلومات المرضى (عدم قدرتهم على الحكم على سلامة وجودة الخدمة الطبية) واحتكار مقدمى الخدمة للسلطة. التدخلات بالأحكام التنظيمية يتم تصميمها لمواجهة العديد من هذه الظروف، وهناك فعليًا مدى عريض تمامًا من مثل هذه المحاولات (فلدمان وروبرتس ١٩٨٠).

التأثيرات الخارجية والاستحقاقات العامة

يستهدف الكثير من الأحكام التنظيمية تقليص العوامل الخارجية السلبية – الآثار الجانبية السلبية لقرار أحد الأشخاص على الآخرين. الهدف الموازى لذلك هو توسيع المعروض من الخدمات ذات الفوائد العريضة للآخرين، التى قمنا بتعريفها أعلاه بوصفها الهبات العامة. هذه الأحكام التنظيمية تدير كامل طيف هذه الهبات من متطلبات الصرف الصحى وأحكام جودة مياه الشرب، إلى الحجر الصحى والتطعيم ضد الأمراض، لتراخيص حمل السلاح، والتثقيف الصحى المطلوب. فى كل حالة، النظرية هى أن الأسواق من الصعب عليها تنظيم ذلك لأن العديد من المشترين المفترضين لا يأخذون فى حسبانهم بالكامل كل عواقب قراراتهم لاستهلاك مثل هذه الخدمات، مثل التطعيم. ومن هنا، على الحكومة التدخل.

ساعد المستهلكين على الاختيار المبنى على المعلومات

غالبًا ما لا يستطيع المشترون تقييم محتوى منتجات الطعام، أو الدواء، أو معرفة تأثيراتهم البيولوجية. فى هذه الحالة، نحتاج إلى الأحكام التنظيمية لغرضين: لتزويد المشترى بالمعلومة، ولضمان أن المنتجات تحتوى فعليًّا على المكونات التى

يدعيها المنتج. تطلب بلدان عدة من المنتجين أن يكشفوا علانية عن المكونات الموجودة بالمنتج بالكتابة على العبوة الخارجية. تكرس البلدان العالية الدخل موارد ملموسة، لضمان أن المنتجات تحتوى فعليًا على المكونات التى يدعيها المنتج، ولضمان نقاءها. فى معظم البلدان المنخفضة، والمتوسطة الدخل، مثل هذه الأحكام فضفاضة تمامًا، بسبب نقص الموارد والقدرات الإدارية الغير كافية لتحقيق ذلك.

وبالمثل، لأن معظم المرضى ليس لديهم معرفة للحكم على سلامة الخدمة الطبية، والأدوية وجودتها الإكلينيكية، فهم معرضون على نحو خاص للتضليل بواسطة أى إعلان غير دقيق وخادع. نتيجة لذلك، معظم البلدان تخضع الإعلانات للأحكام التنظيمية خصوصًا إذا جاءت من الأطباء، وشركات الدواء، والمستشفيات. بعض الحكومات تصدر أحكامًا ولوائح تنظيمية لوجوب تزويد المرضى بالمعلومات كاملة لمساعدتهم على تحسين قدراتهم على اتخاذ مثل هذه الاختيارات.

وفر حماية للمشترين من الجودة السيئة

كبديل لتقديم المعلومات، أو التحكم فيها، هو تقييد ما يباع. ولأن فعالية التنظيم الذاتى للمهنة محل تساؤل فى أنحاء العالم، تلعب حكومات البلدان عالية الدخل بشكل متزايد دورًا نشطًا فى تنظيم جودة الخدمات الطبية بالأحكام.

باستخدام فئات دونابديان لأشكال التحكم فى الجودة، نستطيع التفكير فى عمل الحكومات بوصفه إصدار أحكام تنظم "المدخلات"، أو "العمليات"، أو "المخرجات" من الخدمات الصحية (دونابديان ١٩٨٠). من الأيسر تأسيس تنظيم "المدخلات" بالأحكام، وتنفيذها، لذا هى الطريقة الأكثر انتشارًا. ولكنها بالضرورة لا تضمن "المخرجات" الأفضل. تنظيم "عمليات الرعاية" بالأحكام أصعب بكثير، ومسئولية القيام بذلك غالبًا ما تعين لمهنة الطب. تنظيم "المخرجات" بالأحكام يبدو مثاليًا، لأن المخرجات هى موضوع من أعظم الاهتمامات عند المجتمع. ولكن لأن المرضى يستجيبون للعلاج

بنسب مختلفة، بناء على شدة مرضهم وعلى وظائف جسدهم الطبيعية الخاصة بهم. من المرجح يجب أخذ ذلك فى الحسبان عند التعيين العالى التقنية للعينات الممثلة فى البحث وضبط درجة الخطورة المرضية – وهو أمر بالغ الصعوبة فنيًا. إضافة إلى ذلك، المهن الطبية عموما تقاوم الأحكام التنظيمية القائمة على أساس المخرجات بوصفها عدوان على الإدارة الذاتية الطبية. هذه المقاومة مهمة، لأنه حتى تصل إلى النجاح، يجب أن تكون أحكام الجودة مقبولة للمهنة الطبية. وحيث إن مدى هذه الأنشطة جد واسع، نحن نراجعها بتفصيل أكبر.

أحكام المدخلات

إقرار الدواء

الآمان والفاعلية هى الدوافع الرئيسية وراء تنظيم الدواء بالأحكام. وبسبب احتمال الآثار الجانبية السلبية، لدى كل البلدان تقريبًا اليوم أحكامًا تنظيمية تمنع وصول الدواء إلى الأسواق، حتى يأتى البرهان على سلامتها. هيئات تطبيق هذه الأحكام قد تطلب من مصنعى الدواء التدليل على فعالية وكفاءة الدواء (أى أن الدواء يفعل ما يصفونه فى نشراتهم)، وفى بعض البلدان، يدللون بالدليل الملموس على فعالية الدواء فى علاقته بالتكلفة. يجب أن يقدم مصنعو الدواء أيضًا معلومات عن التفاعلات الجانبية الضارة، وموانع الاستعمال، إضافة إلى التفاعلات المحتملة عند استخدامه مع أدوية أخرى. فى العموم، الدول عالية الدخل تمتلك معايير قياسية أدق، وتقوم بإجراء مراجعات أكثر كثافة لأنواع البيانات المختلفة، من دراسات الحيوان، إلى التجارب المحكمة إلى تعقب الخبرات الإكلينيكية بعد إدخال الدواء. الدول المنخفضة، والمتوسطة الدخل تعتمد غالبًا على الأمم عالية الدخل فى إجراء مثل هذه الأنواع من التحليل. وهم أيضا يقومون غالبًا بإعفاء بعض أنواع الطب التقليدى والعلاج بالأعشاب من نظم لوائح تنظيم صناعة الدواء الحديثة.

الاستراتيجية الرئيسية من أجل ضمان الجودة فى الخدمات الصحية فى البلدان منخفضة، وعالية الدخل، هى الاعتماد على الترخيص والاعتماد، وذلك جزئيًا لمصاعب التنفيذ وإجراءات التطبيق الجبرى فى المقاربات الأخرى. الأمم عالية الدخل إضافة إلى ذلك لديها غالبًا متطلبات التعليم المستمر، أو إعادة الترخيص.

توفر الهند، ومصر، ونيجيريا نماذجًا نمطية لتراخيص الأطباء. يتقدم خريج مدارس الطب المعتمدة إلى مجلس حكومى من أجل الحصول على ترخيص لممارسة المهنة بإظهار وثائق اجتياز مقررات دراسية بدرجة مقبولة، وشهادة حسن سير وسلوك. فور نيل الشخص ترخيص مزاولة المهنة، يصبح غير مطالب بإعادة الترخيص. سلطة ومسئولية اللوائح التنظيمية الجارية، والمراقبة، والمتابعة، تظل بين أيدى المجالس الطبية (بينيت وآخرون ١٩٩٤).

فى البلدان العالية الدخل، عملية الترخيص وعملية الاعتماد قد تكونان عمليتين مستقلتين. تصبح هيئة حكومية مسئولة عن الترخيص، بينما يجرى الاعتماد غالبًا من خلال نظام مراجعة قرناء المهنة. مثلاً، يجرى الاعتماد فى كندا بواسطة مجلس إدارة مستقل، مكون من ممثلين لمهنة الطب يمثلون أقل من ٥٠% من أعضاء المجلس. أدى هذا الهيكل التنظيمى إلى تأكيد أعظم على التعليم وعلى التطور الذاتى.

ترخيص واعتماد المنشآت الصحية يركز عمومًا على قواعد يسهل ملاحظتها فيما يتعلق بالتجهيزات أو التصميم الداخلى للمبنى. فى بعض الأحيان يجب أن يكون لدى الممارسين مؤهلات خاصة. فى كينيا، مثلاً، يجب على العيادات الخاصة المرخصة أن تحتفظ بمخزون من الأدوية الأساسية، وتمسك بسجلات دقيقة عن كل أنواع الأدوية، وأن تعمل فى مبنى غير سكنى، حالته الإنشائية جيدة (بينيت ونجلاند-باندا ١٩٩٤).

يتخذ اعتماد الهيكل التنظيمي نمطيًا شكلاً واحدًا من شكلين: أما أن تلعب الحكومة دورًا مباشرًا في وضع المعايير القياسية، واستخدامها كشروط مسبقة للتشغيل والتمويل المستمر؛ أو أن هيئة صناعية تضع أحكامًا تنظيمية لنفسها تقوم بوضع معايير قياسية ومتابعة للمؤسسات التي تختار طوعًا المشاركة في هذا المخطط (كوهن وآخرون ٢٠٠٠). على سبيل المثال، للمملكة المتحدة هياكل مستقلة تضع أحكامًا تنظيمية لنظم الرعاية الصحية العامة والخاصة. صندوق مستشفى الملك أدوارد، المؤسسة المستقلة، التي يقع مقرها في لندن، والتي تستهدف تحسين جودة الإدارة في النظام الصحي القومي، قامت بتطوير نظام جزئي لاعتماد هذا النظام (سكريفنز ١٩٩٧).

تعتمد الولايات المتحدة على مبادرات التنظيم الذاتي بالأحكام التي تقوم بها منظمات مقدمي الرعاية الصحية والمهن الطبية. المفوضية المشتركة (joint commission) لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (JACHO)، المنظمة المستقلة التي لا تستهدف الربح، تقوم بتقييم واعتماد أكثر من ١٨ ألف منظمة وبرنامج رعاية صحية، وتعتمد الأحكام التنظيمية الفدرالية وفي الولايات على المعايير القياسية التي تضعها (فلانجان ١٩٩٧). إلا أن المفوضية المشتركة تتردد في عدم اعتماد المنظمة ما عدا حالات القصور الواضحة والخطيرة، لأن هيئات التأمين الصحي لا تدفع سوى إلى الخدمات التي تقدمها منشآت معتمدة. أية منظمة تفقد الاعتماد تواجه خرابًا ماليًا محتملاً.

في العموم، يستطيع الترخيص، والاعتماد فقط ضمان مستوى أساسي من الجودة. يتركز الاعتماد والترخيص حول المدخلات – بداية من التعليم إلى الاستثمار الرأسمالي – لذا مثل هذه القواعد لا تضمن أن المدخلات محل التمحيص، سوف يتم استخدامها بشكل سليم. المهمة الأخيرة [الاستثمار الرأسمالي] أكثر صعوبة بكثير، وهو ما سوف نراه في القسم التالي.

الأحكام التنظيمية للعمليات

الأدلة الاسترشادية لممارسة المهنة

الأدلة الاسترشادية هى أداة أحكام تنظيمية مصممة للتأثير على اتخاذ القرار الطبى. نظريًا، يجب أن تؤسس الأدلة الاسترشادية على مراجعة منهجية للدليل والأحكام التى يصدرها أطباء خبراء. قد يكون الدليل الاسترشادى الطبى ذا فعالية فى خلق معايير قياسية للرعاية، عندما يرى فيهم الأطباء مصداقية من الناحية الإكلينيكية، ويواجهون حوافز فى الدفع متوافقة معهم. الشواهد تشير إلى أن اشتراك جماعات من الأطباء فى تطوير الدليل الاسترشادى يمكنه زيادة الالتزام به (بالمر وهارجريفز ١٩٩٦). فعليًا، استخدامات عديدة لأدلة الممارسة الطبية الاسترشادية ليست "أحكامًا تنظيمية" حقًا، طبقًا لتعريفنا الخاص لها، لأنه يتم وضعها داخل منظمات تقديم الخدمة ولا تستند إلى سلطة الدولة القسرية.

عندما يتم إلحاق الحوافز بالأدلة الاسترشادية، من الممكن أن تصبح هذه الأدلة ذات فعالية أكبر فى تغيير الممارسة. مثلاً، تسعى ولاية مساشوستس الأمريكية إلى تخفيض عدد حالات التلف التى تصيب المخ كمضاعفات للتخدير. وحتى تحقق ذلك، أصدرت الولاية أحكامًا تنظيمية، تقضى بإمكانية عدم تقديم أطباء التخدير إلى قضايا سوء ممارسة للمهنة، إذا ما اتبعوا الأدلة الاسترشادية، التى وضعتها الجمعية الأمريكية لأطباء التخدير. انخفضت حالات تلف خلايا المخ نتيجة لذلك لأكثر من النصف فى السنوات التالية؛ لتنفيذ هذه القواعد الجديدة (برهامز ١٩٨٩، كيلى وسوارتووت ١٩٩٠).

تقييم المريض

للجودة الطبية ثلاث جوانب – الجودة الطبية وجودة الخدمة إلى جانب الكمية (انظر الفصل السادس). فى البلدان العالية الدخل، رضاء المرضى جانب أساسى لتقييم الجودة، رغم أن "تقييم المرضى" يميل إلى التركيز على الخدمة أكثر من التركيز على المكون الطبى من الخدمة الصحية. رغم ذلك، يمكن للمرضى أيضا تقديم معلومات عما يتلقونه طبيًا. مثلاً، يستطيع المرضى تقرير ما إذا كان فحص معين قد تم إجراؤه قبل الوصول إلى التشخيص أم لا؟، وعما إذا كانت هناك اختبارات معملية لمتابعة الحالة أم لا؟. فى الولايات المتحدة، زاد اشتراك المرضى والمجتمعات المحلية فى تقييم كل من الجودة الإكلينيكية، وجودة الخدمة بشكل ملموس. وعن طريق تقديم مثل هذه التغذية الراجعة إلى الأطباء والخبراء الطبيين، تمكنت الإدارة بنجاح فى استخدام تقييم المرضى؛ لتحسين جودة الخدمات (بالمر وهارجريفز ١٩٩٦). ومع ذلك، معظم الخبرات فى هذا المجال، مثلما هو الحال مع الأدلة الاسترشادية، لا يتضمن أحكامًا تنظيمية بشكل رسمى.

الأحكام التنظيمية للمخرجات

تفترض الدراسات أن ضمان الجودة هو أكثره فعالية عند متابعة المخرجات (تشاسين وآخرون ١٩٩٦، بالمر وهارجريفز ١٩٩٦، بالمر وآخرون ١٩٩٥). ومع ذلك، النظم الفعالة لإدارة المخرجات مطلوبة بشدة إداريًا، ولذلك ليس من السهل بالنسبة للبلدان المنخفضة، والمتوسطة الدخل تنفيذها. فهى تتطلب محكما يحدد مقاييس يعتمد عليها للمخرجات، مثل معدلات المضاعفات المرضية، أو معدلات إعادة قبول دخول الحالات العشوائى. بهدف إنشاء معايير قياسية للأداء لكل إجراء طبى، ولتجميع قواعد بيانات شاملة يعتمد عليها. حتى حينئذ، التحليلات

الضرورية تتطلب أساليب رياضية متقدمة جدًا. نتيجة لذلك، مثل هذه المحاولات، حتى اليوم. لم تحدث على الأغلب إلا فى البلدان العالية الدخل. أكثر من ذلك. فى العديد من الأمم، حيث يتم تجميع بيانات المخرجات، لم يتم نشر التقارير نتيجة لمعارضة الأطباء القوية لذلك.

توحيد قياسى لبطاقات التقارير

نشر نتائج المخرجات وحده قد يحسن فى بعض الأوقات من الجودة. مثلاً، نشر بيانات ولاية نيويورك عن معدل وفيات جراحات الشريان التاجى فى كل مستشفى من مستشفياتها، ارتبط بانخفاض ٤١% عبر السنوات الأربع لمعدل وفيات غرفة العمليات. هناك تقارير بعض المستشفيات تتخذ إجراءات مباشرة بسببها لتخفيض معدل الوفيات، كرد فعل على نشر هذه البيانات (هانان وآخرون ١٩٨٩).

نشر المكتب الاسكتلندى أيضا بيانات مخرجات إعادة تسجيل الدخول بقسم الطوارئ بعد الخروج منها، ومعدل الوفيات بعد الدخول لعلاج نزيف المخ، أو معدل وفيات سرطان عنق الرحم، أو حالات إصابة الأطفال بالحصبة. ورغم أن نشر التقارير يصحبه تحذير أنه لا يجب استنتاج أى معنى حول جودة الرعاية فى هذه المستشفى أو تلك، بعض المشترين صرحوا أنهم غيروا العقود نتيجة للبيانات المنشورة (هسياو ١٩٩٩).

فى الولايات المتحدة، هناك أيضًا العديد من تجارب "بطاقات التقارير". بعض المجلات تجمع قوائم لأحسن الأطباء أو المستشفيات على المستوى القومى أو الإقليمى. تغطى الخطط التأمينية بواسطة نظام تقارير "هيئة معلومات وبيانات أصحاب شركات التأمين". أخبرنا الإداريون فى ولاية البنجاب بالهند أن المستشفيات يتم تصنيفها بناء على نظام للمراجعة الداخلية. ورغم أن النتائج غير

معلنة، فهى تشجع على المنافسة فى تحسين الجودة. ميزة التقارير هى أنها تستطيع تحفيز دفع المستهلك للاختيار، أو إطلاق المبادرات الإدارية، دون تكاليف إدارية، ودون أحكام تنظيمية تقوم على مبدأ عقاب الأخطاء.

المراجعة الإكلينيكية ومراجعة الأنداد

تعتمد المملكة المتحدة ومستعمراتها السابقة عمومًا على نظام المراجعة الإكلينيكية لضمان الجودة الإكلينيكية للخدمات الطبية. معظم مستشفيات الولايات المتحدة تنظم عمليات لمراجعة الأنداد – تسمى ندوات الوفيات والمراضة – حيث تجتمع فرق الأطباء كلما دعت الحاجة لمراجعة العناية المقدمة للمرضى الذين يعانون من مضاعفات خطيرة أو يتوفون فى المستشفى. فى عديد من الدول، أصناف معينة من الوقائع ذات التأثير الضار يجب رفعها فى تقارير إلى مسئولى اللوائح التنظيمية فى الدولة. تعتمد فعالية هذه الآليات بشكل حاسم على الأعراف المهنية والاتجاهات – على استعداد الأطباء لأنتقاد بعضهم البعض. حيث إن مثل هذه الاتجاهات عادة لا توجد، ولهذا هناك آثار غير منسجمة لهذه الآليات.

مجالس تنظيم المهنة لائحيا

تعتمد العديد من البلدان على مهنة الطب فى تنظيم الأطباء. مثلاً، المجلس الطبى البريطانى العام، وهى منظمة مهنية غير حكومية، مسئولة عن إصدار تراخيص الأطباء، وعن استلام وبحث الشكاوى ضد الممارسة الطبية (هسياو ١٩٩٠). تخلق البلدان الأخرى جهات مسئولة عن إصدار الدولة للتراخيص الطبية وهيئات منظمة، تمنحها السلطة لبحث الشكاوى ضد الأطباء. وتفرض النظام

عليهم. الإجراءات التنظيمية لسوء السلوك المهنى للأطباء الممارسين، قد تفرض عقوبة نهائية – سحب ترخيص الممارسة. ولكن هذه العقوبة، التى سوف تحرم الطبيب من القدرة على كسب عيشه من ممارسة الطب، نادرًا ما تفرض. بينهما العقوبات الأقل (الغرامات، والتجميد لفترة من الوقت، وخطابات اللوم والتأنيب) قد لا تخلق دوافع قوية لوقف هذا السلوك المعيب. نتيجة لذلك، تفترض الشواهد أن معظم برامج تنظيم المهنة لائحيًا لمكافحة سوء السلوك كانت عديمة الجدوى، جزئيًا بسبب هيمنة المهنة على هذه المجالس (هسباو ١٩٩٠).

الخضوع لمسئولية سوء الممارسة وأخطاء المهنة

الولايات المتحدة، وحدها من بين بلاد العالم، تعتمد بشدة على مبدأ مسئولية الأطباء عن أخطاء المهنة للسيطرة على جودة المخرجات من العملية الصحية. كاستراتيجية للأحكام التنظيمية، لكل نظام موضوع عديد من الأشخاص الذين يخترقون القواعد أو يلتفون حولها. تشير الدراسات إلى أن أغلبية هؤلاء المصابين نتيجة لأخطاء المهنة، لا يرفعون قضايا، وأغلبية هؤلاء الذين يرفعون قضايا لم يحدث لهم ضرر ما (ويلر وآخرون ١٩٩٣). استخدام رسم الأزمات الطارئة يسمح للمحامين باتخاذ إجراءات شكلية أمام المحكمة قبل النظر فى القضية بأمل المشاركة فى تسوية النزاع (ما يصل إلى ٤٠%). المحلفون المتعاطفون (والذين ليسوا على دراية عالية) غالبا ما يعوضون الخسارة الفادحة – حتى فى حالات الضرر الغير متعمد، والذى لا يمكن تجنبه. إلا أن بعض البلدان قد بدأت فى إعطاء المرضى بعض الحقوق لتعويض الأضرار عند الإصابة بها – كما فى القانون الجديد لحماية المستهلك فى الهند (بهات ١٩٩٦).

مكافحة الطلب الذى يخلقه العرض

الدراسات التجريبية وثقت أن الأطباء والمستشفيات والصيادلة يمتلكون قوة سوقية لتحفيز المرضى على طلب وحدات أخرى من السلع والخدمات الطبية ذات النفع القليل للمرضى، ولكنها ترفع من الإنفاق الطبى الكلى (ييب ١٩٩٨). لذلك عديد من البلدان عالية الدخل تفرض أحكامًا تنظيمية على قوة العمل الطبية والاستثمار الطبى فى منشآت طبية جديدة .

الأحكام التنظيمية لقوة العمل

هناك ثلاث نقاط تبذل عندها الجهود للتحكم فى العرض من الأطباء: دخول كليات الطب، دخول برامج الدراسات بعد التخرج، دخول ميدان الممارسة العملية.

تستطيع الحكومات القومية السيطرة على عرض الأطباء – كلاً من العدد الكلى، ومزيج التخصصات – بوضع أحكام لعدد منافذ المدارس الطبية، وبرامج دراسات ما بعد التخرج للنواب المقيمين. مثلاً، وزارة الصحة فى المملكة المتحدة تحدد العدد الكلى الذى تقبله مدارس الطب من المرشحين إليها سنويًا. منذ أربعينيات القرن الماضى، كانت اللجان تنصح بعدد الأطباء المقبولين للدراسة والتدريب، بالتبادل بين تخفيض الأعداد خوفًا من بطالة مهنة الطب، وبين الزيادة للاستفادة من طاقات المدارس الطبية (هسياو ١٩٩٩).

أجرت كندا دراسة على المستوى القومى لاحتياجات قوة العمل الطبية، قائمة على أساس "نسب الاحتياج" للأخصائيين على تنوعهم منسوبين للسكان. تطور تقرير الدراسة مع زيادة طلبة المدارس الطبية. طبقًا لما وجدته الدراسة، طولبت المدارس الطبية بضبط عدد أماكن التخصصات المعروضة والتحكم فى اختيارات

طلبة الطب فيما يخص التخصص. والموقع الجغرافى (هسياو ١٩٩٩). تقيد سنغافورة من عرض الأطباء بحصر إمكانية التخصص لنسبة ٤٠% فقط من الأطباء الجدد، وتدريب باقى الأطباء، حتى يصبحون أطباء رعاية صحية أولية (وزارة الصحة ١٩٩٣). تقيد سنغافورة أيضًا منح الترخيص للخريجين الأجانب الجدد إلا لعدد قليل جدًا كل سنة (هسياو ١٩٩٩). هناك أيضًا وسائل متنوعة غير مباشرة لتحقيق هذه الأهداف، بما فيها إحداث تغييرات فى ميزانيات المدارس الطبية، وفى كمية المنح الدراسية المجانية المقدمة لطلبة الطب.

تستخدم البلدان العالية الدخل أحكامًا تنظيمية أيضًا لإعادة توزيع القوى البشرية. مثلاً، عندما تنبأت كندا بحدوث فائض من الأطباء، قيدت السلطات الفدرالية هجرة الأطباء الأجانب، وطالبت هؤلاء المتقدمين للخدمة بالعمل فى المناطق التى تعانى من نقص الأطباء" (هسياو ١٩٩٩).

تقيد البلدان العالية الدخل الأخرى الأطباء بحصر أعداد من يستطيعون ممارسة المهنة أما تحديد العدد الكلى، أو العدد الذى يعمل فى مناطق معينة. فى استراليا، يحتاج الأطباء إلى رقم لفواتير الحساب، حتى يمكن الدفع لهم بواسطة نظام التأمين الوطنى. فى ألمانيا، تستطيع الجمعيات الطبية الإقليمية تحديد عدد الأطباء الذين يمارسون المهنة من خلال عيادات خارجية. عندما لا يتم التنسيق بين إنتاج الأطباء، والأماكن المتاحة لعملهم، قد تنتج زيادة فى العرض مما يجعل الأطباء الجدد ينتظرون سنوات عديدة للتوظف فى النظام الصحى. تلك هى الحالة الآن فى العديد من البلدان الأوروبية.

إلا أن تقييد العرض قد يقلل المنافسة. فى الولايات المتحدة، التقدم لممارسة المهنة فى كل تخصص تحكمه لوائح تنظيمية يقوم عليها مجلس هيئة فى كل تخصص – يديره أطباء هذا التخصص. فى بعض الحالات، قيدت مثل هذه الهيئات عدد المدربين الذى يمارس هذا التخصص، مثل التخدير، مما ساعد على خلق ندرة اصطناعية، رفعت دخل هؤلاء الأخصائيين.

فى كل من البلدان العالية والمنخفضة الدخل، هناك غالبًا ضغوط سياسية كبيرة لتوسيع أعداد أماكن التدريب فى مدارس الطب، لاعتباره طريق فعال للحراك الاجتماعى والاقتصادى. نتيجة لذلك، كثير من البلدان تدرب أطباء أكثر مما تحتاج، حتى رغم أن معظم الحالات يتم فيها التدريب فى مدارس ممولة من المال العام (كما فى إيطاليا، ومصر، واليمن). فى حالات أخرى، ساهمت أعداد من المدارس الطبية الخاصة التى لا تخضع للوائح تنظيمية ساهمت فى هذا الوضع (فى اليابان، ولبنان، والهند). تشرح مثل هذه الظروف الحاجة إلى الدعم السياسى قبل أى تدخل بأحكام تنظيمية.

وضع أحكام تنظيمية للاستثمار الرأسمالى

فى الوقت الذى يتزايد فيه الاستثمار الرأسمالى وحيازة التكنولوجيا، تكرس البلدان غالبًا مزيد من الموارد للرعاية المتخصصة، وقليل منها للرعاية الوقائية والرعاية الأولية. بالنسبة لهؤلاء المهتمين بمراعاة علاقة التكلفة والفعالية فى الخدمات الصحية (أى هؤلاء الذين يعتنقون مبادئ النفعية الوضعية بشدة)، هذا النمط ينادى بأحكام تنظيمية للاستثمار الرأسمالى، خصوصًا فى التكنولوجيا الطبية الجديدة، لضمان أن النظام الصحى يستخدم الموارد بطريقة تراعى علاقة التكلفة بالفعالية.

الأحكام التنظيمية الخاصة بالاستثمار الرأسمالى تطلب تقييم التكنولوجيا المستخدمة. وهى عملية لتقييم التكنولوجية الجديدة – مقارنة بالممارسات القائمة – من أجل تحديد التكلفة والفوائد المضافة. قد يكون هذا التحليل صعبًا بالنسبة للتكنولوجية الجديدة، لأنه يأخذ وقتًا فى إجراء الدراسات المتعلقة بها. وفى نفس الوقت، غالبًا ما تتراكم الخبرات سريعًا مع هذه التكنولوجيا، مما يؤدى إلى أنماط

استخدام واسعة. أكثر من ذلك، عمومًا تمتلك التكنولوجية الجديدة مدافعين أشداء عنها – من ضمنهم الأطباء الذين يستخدمون الأجهزة الجديدة، والصناع الذين ينتجونها. سوف تدفع هذه الجماعات الأمور بشراسة، لإقرار التكنولوجيا الجديدة، قبل أن تتمكن الدراسات الجادة من الوصول إلى استنتاجات بشأنها (بانكر وآخرون ١٩٧٧).

ترتبط حيازة التكنولوجيا بشدة باعتبارات قوة العمل. من وجهة النظر المالية، التكلفة الرأسمالية السنوية لجهاز جديد قد تكون أقل كثيرًا من تكلفة العاملين عليها، ومستلزمات تشغيلها – ما يقرب من واحد إلى سبعة أو إلى عشرة. عديد من المستشفيات الأمريكية تطلب من الأطباء تدريبًا خاصًا على استخدام هذه التكنولوجية قبل السماح لهم بالعمل عليها مثل أجهزة الليزر أو المناظير. الجمعيات الطبية والمهنية فى بعض البلدان تلعب دورًا أيضًا فى تقييم وضمان سلامة استخدامات التكنولوجية.

فى ظل أنظمة الخدمات الوطنية، القرارات التى تراعى علاقة التكلفة بالفعالية لقرارات الإنفاق البديل على المنشآت الرأسمالية الجديدة، وحيازة التكنولوجية، والموافقة على عقاقير جديدة، من الممكن ربطها بعمليات وضع الميزانيات والتخطيط؛ لضمان أن الأهداف الكلية للنظام الصحى تتحقق. من الناحية الأخرى، تفتقد الأنظمة التى تقوم على السوق، مثل عمليات التخطيط هذه ويجب لذلك أن تعتمد على قوى المنافسة فى السوق، والهيئات الحكومية المسئولة عن تنفيذ أحكامًا تنظيمية، من أجل تحديد قرارات الاستثمار. مع التسليم بنقاط الضعف السياسى والفنى فى العديد من الأمم، مثل هذه الأحكام غالبًا ما تغيب أو تصبح عديمة الفعالية.

الأحكام التنظيمية الخاصة بالاحتكار

كل من الاحتكارات سواء فى القطاع العام أو القطاع الخاص تستطيع استغلال المرضى – الأخيرة بهدف الربح، والأولى بطرق تناسب مصالح قيادات القطاع العام. المستشفيات، والعيادات المتخصصة، والمعامل الاحتكارية، تستطيع اصطناع خدمات ذات جودة وتفرض لها أسعارًا احتكارية. وكما ناقشنا فى الفصل السابق، نشأت استراتيجيات ضبط احتكارات القطاع العام فى العقد الماضى، لتشمل إدخال نظام التعاقد الاختيارى، وخلق أسواق داخلية.

فى البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل، ينتشر الاحتكار فى كل من القطاع العام، والخاص، حيث المنشآت الصحية، والأخصائيين خارج المدن الكبرى قليلون. الأحكام التنظيمية فى مثل هذه الحالة كانت فى الغالب عديمة الفعالية فى تهذيب الممارسات الاحتكارية للمؤسسات الخاصة الهادفة للربح، بسبب القيود الإدارية والسياسية.

الأحكام التنظيمية للأسعار الاحتكارية

على الرغم من أنه حتى قوة الأطباء فى فرض أسعار احتكارية، قد تم توثيقها بشكل مكثف (كيسيل ١٩٥٨، بينيت وآخرون ١٩٩٤)، معظم الأمم وجدت من الصعب أو المستحيل وضع أحكام تنظيمية لمثل هذه القرارات بشكل مباشر، لأسباب فنية وسياسية معًا. يمارس الأطباء تقديم آلاف الخدمات المتنوعة. لذلك، وضع أحكام تنظم رسوم الأطباء أمر شديد التعقيد ويتطلب معلومات تفصيلية حول كل معاملة من هذه المعاملات. اكتشف بنيت ونجالاند-باندا (١٩٩٤) أنه لا توجد حكومة إفريقية واحدة تفرض أحكامًا تنظيمية على رسوم أطباء القطاع الخاص، ولم نعلم عن أية أحكام فى أى بلد منخفض، أو متوسط الدخل.

بل إن البلدان عالية الدخل اكتشفت صعوبة التحكم فى الأسعار التى يفرضها الأطباء. نمطيًا، يتم ذلك فى سياق شراء الخدمة، وليس سياق الأحكام التنظيمية. مثلاً، خطط الضمان الاجتماعى فى ألمانيا، واليابان، تتفاوض من أجل جدول أسعار مع منظمة تعمل كواجهة تمثل الأطباء الممارسين. ولكن بينما خطط التأمين فى القطاعين العام والخاص، بوصفهم مشترين، يستطيعون وضع الأسعار التى سوف يدفعونها، فلم يمتلكوا فى البلدان المنخفضة، والمتوسطة الدخل فعالية فى منع الأطباء الممارسين من جمع رسوم إضافية من مرضاهم.

بالنسبة للعديد من البلدان المنخفضة، والمتوسطة الدخل، هناك قضية حساسة وهى عدم استقرار القطاع العام نتيجة للدخول الأعلى لأطباء القطاع الخاص. رد فعل الأطباء فى القطاع العام على مثل هذه الدخول العالية يتخذ عدة أشكال. البعض منهم يغادر القطاع العام ليعمل طول الوقت فى القطاع الخاص. والبعض يؤسس لعمل مزدوج ويحول المرضى الأكثر غنى من عيادات القطاع العام إلى عيادات القطاع الخاص. البعض منهم يأخذ رسومًا أسفل المائدة. هذه التصرفات تضعف أو تفسد تقديم الخدمة فى القطاع العام. وفى نفس الأوقات، تستطيع البلدان المنخفضة الدخل، ومتوسطة الدخل، تحمل بالكاد دفع أجور لأطباء القطاع العام لتنافس بها مكاسب أطباء القطاع الخاص. نتيجة لذلك، بعض البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل حاولت تقييد العمل الخاص لأطباء القطاع العام، وقصره على المناطق شحيحة الأطباء. وحتى تجرم الرسوم التى تدفع أسفل الطاولة، نادرًا ما يتم تنفيذ هذه القوانين.

أحد المجالات التى تفرض فيها البلدان العالية الدخل غالبًا أحكامًا تنظيمية على الأسعار الاحتكارية هى الدواء. تتحقق هذه الأحكام التنظيمية من خلال تعيين ما سوف تدفعه نظم التأمين الاجتماعى مقابل الأدوية. أحد الأنظمة الشائعة، "التسعير المرجعى"، يفرز كل المكونات، ويرتبها إلى أصناف تعتبر "متعادلة فى

تأثيرها الطبى" (لوبيز كازانوفاس وجونسون ٢٠٠١). ومن ثم تستخدم بعض معايير توزيع الأسعار تحت الملاحظة (مثل المتوسط الحسابى) لكل أنواع الدواء داخل الشريحة. تتطلب هذه المخططات قدرة فنية ملموسة حتى يتم العمل بها، وتظهر الآن فى العديد من الاقتصاديات الانتقالية فى وسط وشرق أوروبا، وفى البلدان الأخرى ذات الدخل المتوسط.

تصحيح النتائج غير المقبولة للسوق

النتائج التى تحدث بسبب الأسواق المتنافسة، لن تكون مقبولة بالضرورة للقائمين على الإصلاح بمواقفهم الأخلاقية التى يلتزمون بها بجدية على تنوعها. هؤلاء الذين يريدون تعظيم الحالة الصحية إلى الحد الأقصى، سوف يفضلون فرض أحكاما تنظيمية على استهلاك التبغ، والسلع الأخرى، التى تضر بصحة الناس، ويفرضون استخدام أحزمة الأمان فى السيارات، وارتداء الخوذات، لتخفيض إصابات حوادث السير - حتى ولو كانت هذه السلوكيات تقع فى أسواق ليست حرة بالكامل. قد يجد الآخرون أن تنويعة من التعاملات تنتهك قيم المجتمع ومن هنا تستحق تنظيمها بأحكام. تشمل الأمثلة على مثل هذه الاهتمامات ذات الأبعاد المجتمعية نقل الدم، وبيع الأعضاء من أجل عمليات زراعة الأعضاء، والإجهاض، والمساعدة على إنهاء الحياة، واستخدام عقاقير معينة.

الأحكام التنظيمية على التأمين

نتحول الآن من الأحكام التنظيمية على خدمات الرعاية الصحية إلى الأحكام التنظيمية على التأمين الصحى. التأمين الصحى الخاص، هو تعاقد مستقبلى معقد به الطرف المؤمن عليه يدفع اشتراك أوليًا مقابل تعويض نوعى إذا ما حدثت له وقائع معينة مستقبلية غير متوقعة. السياسة التأمينية تسرد الشروط، والالتزامات،

والطوارئ، والاستثناءات ذات العلاقة، التى تحدد هذا التعاقد. مثل هذه العقود، لأنها مكتوبة بلغة فنية، من الصعب استيعابها، ومن السهل استغلال المستهلك. فى البلدان التى ينتشر بها التأمين الخاص، تجد الحكومات غالبًا أن من النصح فرض أحكامًا تنظيمية على صناعة التأمين بطرق متعددة لمنع مثل هذا الاستغلال.

من الممكن أن يتوفر التأمين الصحى من خلال ثلاث أنواع من المنظمات: الهيئات الحكومية، والهيئات ذات الصفة الرسمية شبه الحكومية، والشركات الخاصة. وحيث إن الحكومة نمطيًا لا تفرض أحكامًا تنظيمية على نفسها، سوف نطبق نقاشنا للأحكام التنظيمية على النوعين الأخيرين. تتعلق معظم الأحكام التنظيمية للتأمين بثلاث أغراض لتطبيق الأحكام: وضع قواعد التبادل الشريف؛ صنع ما لا يستطيع السوق فعله، مثل ترقية الإنصاف والعدالة. تصحيح أخطاء الأسواق.

تختلف الأحكام التنظيمية للتأمين باختلاف، هل هو جبرى أم طوعى؟. بالنسبة للضمان الاجتماعى الإجبارى، توجه الحكومة اهتمامًا أكبر لقضايا الإنصاف. والتسعير الغير عادل. والخداع فى ممارسات المهنة. بالنسبة للتأمين الخاص الطوعى، تصبح الأحكام أكثر تدخلاً وشدة، لأن فرص الخداع والتدليس أكبر. فى معظم البلدان النامية تواجه شركات التأمين الطوعية مع ذلك قليلاً من الأحكام التنظيمية – بالضبط لنقص الشروط المسبقة، لوجود أحكام تنظيمية فعالة ناقشناها مبكرًا فى هذا الفصل. لهذا النقص بدوره تبعات على جاذبية شركات التأمين الخاص، كاستراتيجية تمويلية فى مثل هذه الحالات.

يلخص الجدول ١١,٤ الأنواع المختلفة للأحكام التنظيمية للتأمين. ولأن التأمين نادرًا ما يتداخل مع التأثيرات الخارجية، والسلع الخيرية العامة، فقد تم حذف هذه الشريحة من السلع والخدمات.

أسس شروط مبدأية للتبادل السوقى

الأحكام التنظيمية لقدرة الخطط التأمينية على السداد

مشاكل القدرة على السداد هى غالبا أكثر مع التأمين الخاص منها، مع نظم الضمان الاجتماعى. فى حالة الضمان الاجتماعى، يتم معالجة العجز عن السداد من خلال الدعم المالى الحكومى، أو زيادة نسب الاشتراكات، أو تخفيض المنافع التأمينية المقدمة. فى نظم التأمين الخاص، تفرض الحكومة أحكامًا تنظيمية لمنع عجز شركات التأمين الخاص عن السداد. الولايات المتحدة هى البلد الوحيد بين البلدان ذات الدخل العالى التى تعتمد أوليًا على شركات التأمين الخاص الطوعية لتمويل الرعاية الصحية. لذلك هى تملك أكثر الخبرات فى وضع أحكامًا تنظيمية فى هذا المجال. معظم حالات عجز شركات التأمين القطاع الخاص عن السداد يرجع لأخطاء فى وضع الأسعار مقارنة بدفع التعويضات القضائية، والاستثمار السيئ لاحتياطيات التأمين المالية، أو حالات التدليس. بعد معايشة عدد من حالات الإفلاس (التى يعجز فيها المؤمنون عن الوفاء بالتزامات التعاقدات)، قامت الحكومة الوطنية بالضغط على الولايات، التى تتحمل المسئولية عن وضع الأحكام التنظيمية، وفرضها على شركات التأمين الخاص، لتشديد متطلباتها المالية بشكل ملموس. نتيجة لذلك، من الشائع أن الولايات تطلب الآن من القائمين بالتأمين الوفاء بقدر معين من الرأسمال، كحد أدنى، ومعايير قياسية للفائض، وتقييد اختيارات الاستثمار لديهم، والتوافق مع المعايير القياسية لتقاريرهم المالية القائمة. قواعد عدة متنوعة تحكم التسعير، وإعادة التأمين، والاحتياطيات، والأرصدة، التى تضمن الوفاء بالديون، والتعاملات مع الشركات الفرعية والإدارة والتقارير عن الأوضاع المالية. البلدان التى أسست التأمين القطاع الخاص دون آليات التحكم هذه (مثل جمهورية التشيك) شهدت عددا ملموسا من حالات الإفلاس بسبب ممارسات الأعمال السيئة.

تؤسس الحكومات أيضًا معايير حد أدنى من المؤهلات لهؤلاء الذين يؤدون مهمات فنية أساسية فى صناعة التأمين. مثلاً، خبراء الحساب الاكتوارى، الذين يحددون نسب الاشتراكات الأولية، والاحتياطيات (سكيبرز ١٩٩٢) يخضعون غالبًا لأحكام تنظيمية من قبل الدولة، أو الجمعيات المهنية المتخصصة.

فرض أحكام تنظيمية على ممارسات البيع والتسويق

تباع وثائق التأمين القطاع الخاص من خلال مندوبين، يتلقون نسبة من المبيعات كعمولة. ونتيجة لتعقيدات عقود التأمين، قد تلجأ شركات التأمين القطاع الخاص ووكلاؤها إلى ممارسات بيع مخادعة لبيع منتجاتهم. تفرض البلدان عالية الدخل أحكامًا تنظيمية على احتمالات الخداع هذه عن طريق فرض أحكام على محتوى، وشكل العقود التأمينية. يجب على الخطط التأمينية تقديم ملف باستمارات سياستهم التأمينية. من أجل الموافقة عليها من قبل سلطات تنفيذ الأحكام التنظيمية (فوينزاليدا- بويلما ١٩٩٦). غالبًا، أدبيات البيع والإعلان تخضع هى أيضًا للأحكام التنظيمية. أكثر من ذلك، فى محاولة لمنع الخطط التأمينية من دفع عمولات متضخمة لوكلاء مبيعاتها وطاقم ترويج المبيعات، تنشئ البلدان العالية الدخل متطلبات لمعدل الخسارة تقيد النسبة المستقطعة من الاشتراكات الأولية، التى يمكن استخدامها للإداريات، ومصاريف البيع، والأرباح.

تحفيز الإنصاف

الأحكام التنظيمية لوعاء المخاطرة

فى السوق التأمينى كامل التنافسية، سوف يعكس "سعر نقطة التوازن" النصيب المتوقع (المخاطرة) لكل فرد. هذا يعنى أن السليم صحيًا سوف يدفع اشتراكات أولية أصغر، أما الأقل صحة يدفع اشتراكات أولية أكبر. إلا أنه لترقية

روح الإنصاف يطلب عديد من البلدان أن تتجمع المخاطر العالية والمنخفضة معًا فى وعاء وأحد يخص المجتمع كله (تسعير للمجتمع كله)، بدلاً من وضع أسعار مختلفة للاشتراكات الأولية التأمينية للجماعات المختلفة، ولمختلف الأفراد. هذه المقاربة مستخدمة فى استراليا على سبيل المثال. إعادة التأمين يستخدم أيضًا كآلية لتجميع المخاطر فى وعاء وأحد عبر حصة أكبر من السكان.

فى السنوات الأخيرة، تطلب ألمانيا أن تكون نسبة الضرائب على الأجور موحدة لكل أعضاء صناديق المرض، مصحوبة بترتيبات إعادة التأمين لتصبح المخاطر جميعها متعادلة عبر صناديق المرض (صولتمان وفيجويراس ١٩٩٧). فى الولايات المتحدة، تطلب العديد من الولايات من الصليب الأزرق، المنظمة التأمينية الغير هادفة للربح، أن تؤسس اشتراكاتها الأولية على أساس التسعير المجتمعى (كوليت ولويس ١٩٩٧).

دفع الاشتراكات الصحية طبقًا للقدرة على الدفع

حتى عندما تستخدم الأمة السعر المجتمعى لتجميع المخاطر فى وعاء واحد، سوف يتطلب فرض رسم موحد كاشتراك أولى أن يدفع العمال ذوو الأجر المنخفض حصة مما يتكسبون للتأمين الصحى أكبر من حصة العمال مرتفعى الأجور. لأسباب تتعلق بالإنصاف، عديد من الأمم عالية الدخل تخلق مخططات للتأمين الاجتماعى، حيث تتحدد الاشتراكات الأولية على أساس نسبة موحدة من الأجور، بدلاً من كمية معينة ثابتة. عند تشغيل هيئات رسمية شبه حكومية، أو هيئات غير ربحية، أو صناديق تهدف للربح، غالبًا ما يكونوا مطالبين بتحديد اشتراكاتهم الأولية بهذه الطريقة، كما فى شيلى. مضت كولومبيا خطوات أبعد. إلى جانب معدل اشتراكات يساوى نسبة من الأجر، أضافت كولومبيا رسم إضافى على الاشتراك لمساهمات العمال فى الضمان الاجتماعى، واستخدمت عوائده فى دعم التأمين الموجه للفقراء (لوندونى ١٩٩٤).

صحح أخطاء السوق

أحكام تنظيمية لانتقاء المخاطر

كما ناقشنا فى الفصل الثامن عن التمويل، تمتلك خطط التأمين حافزًا لتشارك فى انتقاء المخاطر، لتغطى الأصحاء بالتأمين وترفض شمول الأقل صحة. لمواجهة هذه الممارسات، تطلب الحكومة أحيانًا قبول خطط التأمين، لأى فرد يختار التسجيل لديها، أثناء فتح التسجيل لفترة محددة. إضافة إلى ذلك، تستطيع الحكومات تخفيض انتقاء المخاطر بمنع الضمان الطبى، وتقييد الاستبعاد لظروف مسبقة، ومطالبة القائمين بالتأمين عدم إلغاء السياسات التأمينية الخاصة بهؤلاء الذين أصبحوا مرضى. فى الولايات المتحدة، يظل انتقاء المخاطر مشكلة خطيرة فى عديد من الأسواق، لأن القائمين على التأمين يمتلكون طرق ماكرة متعددة لتشجيع الأقل صحة على الخروج من المظلة التأمينية والتسجيل فى خطط تأمينية أخرى .

جدول ٤,١١ الأحكام التنظيمية للتأمين

فئة الأحكام	الأمم العالية الدخل	الأمم منخفضة ومتوسطة الدخل
أسس ظروف أساسية للتبادل فى الأسواق		
١. قدرة الخطط التأمينية على الوفاء بالالتزامات .	أ. أسس معايير دنيا كافية للرأسمال والفائض. ب. تقييد اختيارات الاستثمار . ج. وضع متطلبات للتقارير المالية . د. وضع معايير لسلامة الحسابات. الاكتوارية لشركات التأمين الخاص والعام .	أحكام تنظيمية متواضعة للتأمين القطاع الخاص مع ضعف القدرة على التنفيذ الجبرى لها. الشركات القادرة على الحصول على ترخيص ببيع خطتها التأمينية تحقق عادة أرباحا طائلة .
٢. ممارسات البيع والتسويق .	أ. الإعلان. ب. إعلان معدلات السمسرة، وتحديد الحد الأقصى للبيع ونفقات التسويق. ج. محتوى وشكل السياسة التأمينية.	بعض الأحكام التنظيمية، ولكن ضعف فى التنفيذ
تمم ما لا تستطيع الأسواق صنعه – توزيع منصف .		
٣. المشاركة فى تحمل المخاطر المالية .	أ. اطلب من شركات التأمين وضع الاشتراكات الأولية بناءً على أسس مجتمعية واسعة. ب. اجعل الأسر المؤهلة للتسجيل فى الضمان الاجتماعى، وخططه التأمينية .	قوانين مماثلة لقوانين الضمان الاجتماعى، ولكن ضعف فى التنفيذ .
٤. إنصاف فى التمويل والمنافع .	الاشتراكات الأولية نسبة من الأجر فى الضمان الاجتماعي .	نفس الشىء.
صحح أخطاء السوق .		

جدول ٤,١١ الأحكام التنظيمية للتأمين

فئة الأحكام	الأمم العالية الدخل	الأمم منخفضة ومتوسطة الدخل
٥. انتقاء المخاطر.	أ. اطلب التسجيل المفتوح، وامنع الضمان الطبي ب. أسس نظام اشتراكات أولية معدل طبقا للمخاطر. ج. إعادة تأمين للأشخاص المعرضين للمخاطر بتحويل الأموال بأثر رجعى من مشتركى التأمين ذوى المخاطر المتوسطة إلى ذوى المخاطر الأعلى. د. اطلب من شركات التأمين أن تحدد اشتراكاتها الأولية بناءً على قاعدة مجتمعية واسعة.	الضمان الاجتماعى خاضع لأحكام تنظيمية عادة، ولكن التأمين الخاص لا.
٦. الانتقاء العكسي.	إفصاح المشتركين عن تاريخهم المرضى وحالتهم الطبية.	أحكام قليلة جدًا
٧. التسعير الاحتكاري.	المطالبة بنسبة خسارة دنيا؛ أى نسبة دنيا من الاشتراكات الأولية يجب دفعها دون رد من أجل منافع الخدمات الصحية.	قليل جدًا من البلدان تضع أحكاما فى هذه الحالة.
صحح النتائج الغير مقبولة للسوق		
٨. المستهلكون لأكثر من نصيبهم.	اجعل كل السكان يضطرون للتسجيل فى الضمان الاجتماعي.	نفس الشيء، ولكن تنفيذ أقل.
٩. علاقة التكلفة بالفعالية.	أحكام تنظيمية لحزمة الفوائد من الضمان الاجتماعي.	نفس الشيء.

لمعالجة مثل هذه المشاكل، كان على ولاية نيويورك خلق آليات لإعادة التأمين بتحويل أموال بأثر رجعى من شركات التأمين ذات المخاطر الأقل، إلى المشاريع ذات المخاطر الأعلى.

أحكام لتنظيم الانتقاء العكسى

لا يتأثر المستهلكون الذين هم على درجة عالية من الوعى، والذين يعرفون أنهم نسبيًا أصحاء عند حساب تكلفة، ومنافع الخطط التأمينية التى تقدم لهم. ربما يكون الاختيار هو عدم الشراء عندما تعكس الأسعار المطروحة على هؤلاء المستهلكين مخاطر متوسطة. وفى نفس الوقت، هؤلاء الذين يعلمون أنهم مرضى سوف يندفعون إلى التغطية بالتأمين. مثل هذا "الانتقاء العكسى" (كما ناقشناه فى الفصل الثامن) لا يسمح لشركات التأمين بخلق وعاء تحول فيه تغطية الأشخاص الأصحاء إلى هؤلاء الأقل صحة. الاشتراكات الأولية – القائمة على أساس تكلفة تغطية الأقل صحة – يمكنها عندئذ أن تصبح فوق القدرة المالية لمعظم الناس. يتم استخدام التأمين الإجبارى لمنع الانتقاء العكسى، ولتجميع وعاء المخاطر المشترك بين الشيوخ والشباب، الأكثر صحة، والأقل صحة.

صحح النتائج الغير مقبولة للسوق

أحكام تنظيمية للذين يستهلكون عن غير حق

عديد من الأمم تقدم خدمات صحة عامة مدعومة مالية لهؤلاء الذين لا يتمتعون بتغطية تأمينية، ولا يستطيعون تحمل تكلفة شراء الخدمة. قد يشجع هذا الترتيب الناس المؤهلين للتغطية، لكن يتوجب عليهم دفع الاشتراكات الأولية، ألا يوقعون بإمضائهم على تعاقد مع التأمين الصحى. لتصحيح مشكلة أولئك الغير

ملتزمون، تطلب عديد من الأمم من كل الأشخاص المؤهلين التسجيل فى برنامج تأمينى. ومن ثم يتم خلق وعاء مشترك للمخاطر عبر السكان كلهم، وهو أحد المميزات الكبرى للضمان الاجتماعى.

أحكام تنظيمية لعلاقة التكلفة بالفعالية

بالرغم من جهود التثقيف فى الصحة العمومية، المشترون للتأمين الصحى قد لا يملكون فهمًا كافيًا لمنافع خدمات وقائية معينة. نتيجة لذلك، قد لا يشترى هؤلاء التأمين الذى يغطى مثل هذه الخدمات. لذلك، غالبا ما تستخدم الحكومات الأحكام التنظيمية لتحدد نوعية الحد الأدنى من الخدمات الصحية، التى يجب أن تضمن فى حزمة المنافع التأمينية.

إرشاد شرطى

بالضبط كما تتطلب أزرار التحكم الأخرى جهود فرض أحكام تنظيمية لها تكون فعالة، لذا، أيضًا تحتاج الأحكام التنظيمية غالبًا أزرار تحكم أخرى كملحق مكمل لها. أحد أسباب ذلك هو طبيعة الأحكام التنظيمية. معظم هذه الأحكام تحظر أو تحدد ما تريد المنظمات، أو الأشخاص فعله. إلا أن الأحكام تصبح محدودة، لأنها تعتمد على السلطة الجبرية للدولة من أجل تحقيق الالتزام بها – وهذه السلطة أيضًا سلطة محدودةَ. تجميع الجهود من أجل السيطرةَ على سلوك المستهلك ومقدم الخدمة بالحوافز هو أحد السبل لتحفيز الالتزام الطوعى.

غالبًا ما يتم التغاضى عن هذه الاعتبارات، كما يبدو فى الاندفاع الحالى لمنظمات وزرات الصحة الدولية فى التخلى عن دورها التمويلى، والاعتماد بدلاً من ذلك على التنفيذ الجبرى للأحكام. التخلى عن الإمكانيات الكامنة وراء الحوافز،

كما تمنحها النظم المالية ونظم الدفع، قد يكون خطأ استراتيجيًا للقائمين على الإصلاح. الجمع بين الحوافز، الأحكام التنظيمية، من الناحية الأخرى، يمكنه جعل القواعد والأحكام أكثر مرونة. ويزيد من الالتزام الطوعى.

هناك ميل كبير عند الأمم محدودة، ومتوسطة الدخل لمحاولة الزراعة الاصطناعية للأحكام التنظيمية المطبقة عند عدد من الأمم عالية الدخل بعينها وجعلها أحكامًا خاصة بها. تبدو هذه المقاربة أشبه بطريقة مختصرة، وغير مكلفة لتطوير برنامج قومى. لسوء الحظ، لن تتمتع هذه الأمم على الأرجح بأى نجاح فى هذا المجال، إذا لم تأخذ فى اعتبارها ظروفها الخاصة بها.

لقد شددنا فى بداية هذا الفصل على أن نجاح الأحكام التنظيمية، يعتمد على الاتجاهات الثقافية، وقدرة الحكومة، والدعم السياسى. النجاح فى مجال الأحكام التنظيمية مرجح أكثر فى البلدان الأقل فسادًا، والأكثر مبالاة بالسلطات الرسمية من قبل جماهير السكان، وذات البيروقراطيات الكفء فى أداء وظيفتها، وذات النظام الشرطى والقضائى الفعال. التنفيذ الجبرى الناجح للأحكام التنظيمية، سوف يعتمد على تصميم مؤسسات الأحكام التنظيمية وعملياتها. كثير من السمات العملية ذات علاقة، بما فيها الموارد التى يحوزها القائمون على تنفيذ الأحكام، وكفاءتهم الفنية، والبيانات المتاحة، وعمليات اكتشاف الانتهاك للأحكام، وفرض العقوبات على مرتكبيها، ودرجة الالتزام الطوعى بها. كلما كانت البلدان أفضل فى هذه المجالات، كلما كان من الأرجح أداء نظام الأحكام التنظيمية لوظيفته بشكل أكثر فعالية، ويقوم فعليًا بتعديل السلوك. ببساطة أكثر، مهمة المحكمين فى سوازيلاند ليس هى نفس مهمتهم فى سويسرا.

كجزء من تطوير استراتيجية للأحكام التنظيمية، يجب أن يجرى القائمون على الإصلاح تحليلاً دقيقًا لتقييم التكلفة. والمنافع السياسية، والجدوى الفنية، والإدارية للأحكام المقترحة. وحيث إن الموارد السياسية، والتنظيمية المطلوبة لتشريع وتطبيق الأحكام موارد محدودة، هناك حاجة لتقرير أين تكمن أكبر المنافع

التى يمكن تحقيقها ولتطوير خطة شاملة تحدد وجهة المسير. يجب أن تتضمن الخطة تقييمًا للجدوى السياسية لتداخلات المتنوعة، وتحتوى استراتيجيات سياسية من أجل تمرير الأحكام، وتشمل تأسيس هيئات أحكام ملائمة، وتنفيذ القواعد الجديدة.

عند تطوير تحليلهم الاستراتيجى، يجب أن ينظر القائمون على الإصلاح بعناية فى قضايا التنفيذ الجبرى. مصاعب التنفيذ الجبرى عادة تختلف بالنسبة لفئات الأحكام التنظيمية الأربع التى قمنا بتعريفها. القواعد التى تحدد الشروط الأساسية للتبادل فى السوق، مثل تعيين حقوق الملكية، وقواعد البيع والشراء، أسهل فى التنفيذ من أنواع الأحكام التنظيمية الأخرى. ضحايا انتهاكات مثل هذه الأحكام، سوف يكونون على الأغلب لاعبين اقتصاديين على درجة عالية من الدراية والفهم، ومن المرجح أنهم سوف يتقدمون بشكاوى ويبادرون باتخاذ إجراءات تعويضية. من الناحية الأخرى، الأحكام التنظيمية لترقية الإنصاف، سوف تكون على الأرجح أقل فعالية. مطالبة العيادات، والمستشفيات الخاصة لتقديم خدمات مجانية للفقراء، مثلاً، سوف تكون غالبًا محل مقاومة، والضحايا سوف يكونون دائمًا من المهمشين اجتماعيًّا أو اقتصاديًّا وغير قادرين على الاحتجاج بشكل فعال. وبالمثل، من الصعب استخدام الأحكام التنظيمية لتحريك الأطباء إلى المناطق المحرومة. يتجاهل الأطباء موضوع المسألة – يتجاهلون ساعات العمل بالعيادة، يتعاملون مع المرضى بخشونة، وينقصهم مستلزمات حيوية، وأحيانًا يعاد توزيعهم إلى أماكن أخرى. مشاكل التنفيذ الجبرى، والمتابعة فى مثل هذه الحالات مشاكل هائلة. من هنا، قد تضطر الدولة إلى الاعتماد على زر تحكم آخر، مثل زر التحكم فى التمويل، أو التنظيم، لتحقيق أهدافه المتعلقة بالإنصاف (انظر الفصل السابع والعاشر).

الأحكام التنظيمية لتصحيح فشل الأسواق (مثل، ضمان الجودة وأمان المياه والطعام، والمستحضرات الطبية) نمطيًّا تتمتع بقبول اجتماعى كبير، ودعم جماهيرى فى البلدان عالية الدخل. فى هذه الميادين، هناك قليل من البدائل لتقرير ما يجب عمله، والحكومات فى مثل هذه البلدان غالبًا ماتحتاج للقدرة الفنية،

والإدارية لتتصرف بفعالية. وهذا مثال جيد على مبدأ أن الاتجاهات الثقافية تمتلك أثرا كبيرًا على قابلية الأحكام التنظيمية على التنفيذ الجبرى. من الناحية الأخرى، سوف تجد عديد من البلدان منخفضة الدخل مثل هذه الأنشطة فى مجال الأحكام التنفيذية صعب إنشاءها. قد ينصب انتباه الرأى العام على التركيز فى قضايا أخرى، ويفتقد الأمر الدعم السياسى، والقدرة الإدارية الضروريان لذلك.

قد يكون للأحكام التنظيمية الموضوعة لتصحيح أخطاء السوق أثرًا ملموسًا على جودة، وكفاءة الخدمات الصحية، وعلى وظائف أسواق التأمين. ومع ذلك، الحاجة لتصحيح مثل هذه الأسواق، يعتمد على قدر اعتماد الأمة على السوق وعلى السبب من وراء ذلك. لقد شهدنا كيف تتوافرالعديد من أنواع التدخلات هنا، من المعلومات إلى الترخيص، إلى منح الشهادات إلى أنواع التحكم بعمليات الممارسة الطبية. مرة أخرى، سوف تكون المقاربات الأكثر تعقيدًا فوق قدرات عديد من الأمم المنخفضة الدخل. ولكن بعض جهود تحسين تقديم الخدمة – على سبيل المثال، نشر جداول الأسعار، وتقارير وضع المستشفيات – تستطيع أن تمارس تأثيرًا على الأوضاع كلها، ولكن ليس على أكثرها سوءًا. ولكن بينما الضرر الذى ينجم بواسطة أخطاء السوق (مثل الاستئثار بالحالات المربحة المربحة فقط بالنسبة لشركات التأمين الصحى القطاع الخاص) هو ضرر مالى بشكل أولى، وربما يكون محصورًا فى الفئات ذات الدخل العالى، الأنواع الأخرى من الفشل فى الجودة تنتج آثارًا مباشرة على الوضع الصحى.

الأحكام التنظيمية والإنصاف

لأننا نحن أنفسنا من دعاة المساواة، نود إعطاء بعض ما نستخلصه من تعليقات للقائمين على الإصلاح من أجل التشارك فى القيم، التى نحملها وبشكل خاص عن الصلة بين تجارب الأحكام التنظيمية، وهموم الإنصاف. النقطة الأولى هى أن الفقراء، غير المتعلمين، والمهمشين اجتماعيًا هم غالبًا السكان الأكثر عرضة

للاستغلال فى الأسواق. ومع ذلك، هم أيضا السكان الذين على الأرجح الأقل استفادة من بعض المبادرات فى مجال الأحكام التنظيمية – خصوصا تلك الأحكام التى تركز على استراتيجيات التصنيف مثل بطاقات التعريف بالمنتجات، وكروت التقارير، وقواعد الكشف عن المكونات. الدراية والوعى المحدود، والإحساس المتضائل بالكفاءة الشخصية، قد يجعل من الأمر أشد صعوبة بالنسبة للمهمشين فى استخدام مثل هذه المعلومات بشكل فعال. لكن لا يجب تجنب مثل هذه المبادرات لمثل هذا السبب، ولكن القائمين على الإصلاح، يجب أن يتمتعوا بحساسية فائقة نحو الفعالية المتميزة لمقاربات الأحكام التنظيمية بالنسبة لهؤلاء السكان الأدنى.

وبنفس الشعار، جهود تقييد تنويعة المنتجات أو الخدمات المتاحة فى الأسواق – عن طريق السيطرة على الأدوية غير المأمونة، أو مقدمى الخدمة غير الأكفاء، مثلاً – سوف تنفع على الأرجح المشترين عديمى الدراية وقليلى الوعى. لأن مثل هؤلاء الأشخاص أقل قدرة على الدفاع عن أنفسهم من خلال قراراتهم الخاصة التى يتخذونها عند الشراء. وفى نفس الوقت، مثل هذه القيود أيضا سوف تقلل على الأرجح العرض من البضائع والخدمات ذات التكلفة الرخيصة المتوافرة للأسر قليلة الدخل. ومن هنا، يحتاج واضعو الأحكام التنفيذية إلى تحقيق اتزان دقيق بين حماية المشترى من الضرر والأذى الجلى واستخدام سلطات الأحكام التى فى أيديهم بطرق تدعم الموقف الاحتكارى للجماعات المهنية، ومصالح التكتلات التجارية القائمة.

أكثر من ذلك، تعتمد الأسر الفقيرة غالبا ليس على الأسواق فقط، ولكن تعتمد أيضا على القطاع العام من أجل الحصول على الخدمات الصحية. ومن هنا، أكثر المبادرات أهمية لتحسين كل من الجودة الطبية، وجودة الخدمة بالنسبة لهم سوف تكمن غالبا فى مجال زر التحكم فى التنظيم – كما ناقشناها فى الفصل السابق. فعليًا، خدمات أفضل فى القطاع العام سوف تفيد فى حماية السكان الأكثر عرضة للاستغلال من قبل البائعين فى القطاع الخاص، لأن استهلاكهم سوف يتحول بعيدًا عن مثل مقدمى الخدمة هؤلاء.

تحتاج الأسر الفقيرة أيضا إلى الحماية بطرق أخرى إضافة إلى ذلك. كشفت دراسة حديثة عن بيع الكلى فى الهند أن مثل هذه المبيعات لا توفر منافع اقتصادية طويلة المدى للبائع، ولا تؤدى إلى انخفاض الوضع الصحى بين هؤلاء الأشخاص شديدى الفقر الذين يقومون بمثل هذه العمليات (جويال وآخرون، ٢٠٠٢). قد تنشأ قضايا مماثلة فى سياق التجارب الإكلينيكية على الأدوية الجديدة.

قد تكون هناك ضرورة لميدان آخر من الأحكام التنظيمية فى بعض السياقات، ولكن ذلك لا يحقق كثيرًا من وجهة نظر مبادئ الإنصاف، ويتضمن الأحكام التنظيمية للتأمين الصحى القطاع الخاص. وكما ناقشنا فى الفصل المخصص للتمويل، إضافة إلى ما ذكرناه مبكرًا فى هذا الفصل، مثل هذه المخططات التمويلية تصبح ذات قيمة متناقصة اقتصادية. وتتطلب هذه المخططات تدخلات ملموسة بالأحكام التنظيمية، لضمان الحيوية التمويلية، والعون فى ترقية نوعية المشاركة فى تحمل المخاطر، التى تؤدى إلى حماية حقيقية ضد المخاطر. لهذه الأسباب، نحن لسنا عمومًا مدافعين عن مثل هذه المخططات المالية – جزئيًا لأنها تلقى بعبء عظيم على ما هو غالبًا طاقة حكومية محدودة على وضع وتنفيذ الأحكام التنظيمية. ومع ذلك، حيثما يتم استخدام هذه المخططات، نعتقد أن الأحكام التنظيمية المطلوبة يجب تنفيذها، على الرغم من أن مثل هذه الجهود سوف ينتفع بها عمومًا الفئات ذات الدخل الأعلى والمتوسط، الذين يشكلون أغلب المشترين لمثل هذه الخطط التأمينية.

ميدان الإنصاف الأخير هو ميدان الأحكام التنظيمية التى تتضمن تنظيم صناعة الدواء، لضمان توافر عقاقير آمنة وفعالة ومقبولة التكلفة. وقد أصبح أمرًا معترفا به الآن على نطاق واسع أن التفاوت وانعدام العدالة على مستوى الكوكب كله يكمن فى القدرة على الوصول إلى الدواء بين البلدان الغنية والفقيرة، بالنسبة لكثير من الأمراض المهمة (رايخ ٢٠٠٠). تلعب الأحكام التنظيمية دورا مهما فى تحديد هذه المظالم، وصور التفاوت فى القدرة على الوصول إلى سياسات الحلول وصياغتها.

أولًا، كثير من الحكومات فى أنحاء العالم تضع أحكامًا تنظيمية لأسعار الدواء، بطرق متنوعة (ايس وآخرون ٢٠٠٣). بعض البلدان تضع أسعارًا على مستوى بيع الدواء فى متاجر التجزئة، طبقًا لأصناف الدواء المختلفة، كما يحدث فى الهند. بعض البلدان الأخرى، مثل اليابان، تضع نسب استرداد من التكلفة لمنتجات بعينها والرسوم المدفوعة للأطباء، والمنشآت الصحية. فى أوروبا، النظام الشائع هناك يتضمن "أسعارًا مرجعية"، حيث تضع الحكومة سعر لكل صنف من أصناف الأدوية، طبقًا لأسعار السوق، ويدفع المريض أو من يغطيه تأمينيًا فرق السعر حين يوصف دواء أعلى سعرًا (لوبيز كازانوفاس وجونسون ٢٠٠١). يتم استخدام مثل هذه الأنظمة على الأغلب فى سياق مخططات الضمان الاجتماعى، التى تدفع نصيبًا ذا وزن ملموس من سعر الدواء. المقصود من فرض أحكام تنظيمية على أسعار الدواء، هو ضمان توافر الأدوية المطلوبة للمرضى فى الوقت الذى يتم فيه احتواء التكلفة بالنسبة للحكومة والمشترين الآخرين.

ثالث مقاربة كبرى لاستخدام الأحكام التنظيمية فى مجال الدواء، تتضمن الاعتماد على الصناعة المحلية، أو استيراد بدائل للأدوية المحمية ببراءات الاختراع بنفس الاسم العلمى وذات أسعار أرخص. اعتمدت هذه المقاربة، بالنسبة للعديد من البلدان فى السابق، على القوانين المحلية التى لا تعترف ببراءات الاختراع الخاصة بالمستحضرات الطبية. إلا أن الجولة الأخيرة من مفاوضات التجارة العالمية اتفقت على إدخال المستحضرات الطبية من ضمن المنتجات المحمية بموجب براءات الاختراع فى العالم كله، مع بعض التأجيل فى التنفيذ فيما يخص أفقر البلدان، فيما بات يعرف باسم اتفاقية الجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية المشهورة باسم اتفاقية التريبس (فوستر ١٩٩٨). تفسير العديد من مواد اتفاقية التريبس الرئيسية – التى تغطى سياسات تتعلق بمنتجات المستحضرات الطبية – أصبحت مصدرًا أكبر للجدل العالمى، مصحوبًا بتبعات هامة أخلاقية، وسياسية، واقتصادية وفى مجال الصحة العامة (فيلاسكويز وبوليت ١٩٩٩). أحد

الأسئلة الرئيسية هى أى نوعيات من الأمراض يجب تغطيتها بالقواعد التى تخفف من قيود براءات الاختراع وتسمح لأفقر بلدان العالم التى تواجه أزمة فى الصحة العامة بإنتاج، أو استيراد أدوية بنفس الاسم العلمى ولكنها ما تزال محمية بقوانين براءات الاختراع فى البلدان المتطورة (فليك ٢٠٠٣). جمدت الولايات المتحدة المحادثات بالسعى لتقييد مجال الأمراض المعدية (مثل مرض المناعة المكتسب، والملاريا، والسل)، بينما سعت بلدان أخرى إلى تضمين أمراض غير معدية (مثل الأزمة الربوية، وأمراض الأوعية الدموية والقلب، والسمنة).

قضايا التحكم فى الأسعار، والجداول، وبراءات الاختراع بالأحكام التنظيمية، تم الدفع بها إلى ساحة التجارة الدولية بسبب قضية العلاج المكتشف حديثًا للقضاء على الفيروس المسبب لمرض الإيدز (antiretroviral). فى هذه الحالة، وقعت قضية تبعات الإنصاف تحت أنظار الجميع لتقريرها: انخفض معدل وفيات الإيدز بشدة فى البلدان الغنية عندما توافر هذا العلاج الدوائى الثلاثى على نطاق واسع، بينما الأغلبية الكاسحة من مرضى الإيدز فى العالم، فى البلدان الفقيرة، ما زالوا يموتون بسبب استمرار افتقاد القدرة على الوصول إلى نفس العلاج الحديث. بعد ضغوط ملموسة من الرأى العام وفى الميدان السياسى، قرر عدد من شركات صناعة الدواء تخفيض أسعارها فى البلدان الأفقر – على الرغم من أن القدرة على الوصول إلى الدواء ما زالت أقل من المطلوب. بالنسبة للأمراض الأخرى أيضًا، هناك جهود مبذولة، من خلال الشراكة بين القطاع العام والخاص، لتوسيع القدرة على الوصول إلى الأدوية الحديثة، لعلاج أمراض مثل المرض الذى تسببه الذبابة السوداء، والرمد الحبيبى، وداء الفيل (رايخ ٢٠٠٢). وبينما تصبح هذه الجهود ذات فائدة لمعاونة البلدان، التى تحتاج إليها من أجل فئات معينة من سكانها، لا تعتبر هذه البرامج حلولاً طويلة المدى لمشاكل القدرة على الوصول إلى المستحضرات الطبية فى البلدان الفقيرة.

لسوء الحظ، نحن لا نستطيع استكشاف كل القضايا المعقدة التى تثيرها هذه النماذج من الأحكام التى تنظم اختيارات صناعة المستحضرات الطبية. ولكننا نصبح مهملين إذا لم نذكر الصلات التى تنطوى على أهمية بين الأحكام التنظيمية والإنصاف.

الملخص

زر التحكم فى الأحكام التنظيمية، إجمالاً، قد يكون إجراءً فعالاً لتحسين أداء النظام الصحى، خصوصًا عند مزجه بالحوافز والتغيير فى السلوك والترتيب التنظيمى المناسب. وبينما يبدو أن من السهل نسبيًا تأسيس أحكام تنظيمية، التحديات الفنية للقيام بذلك قد تكون تحديات هائلة تمامًا، والعقبات السياسية والتنظيمية للتنفيذ الجبرى لهذه الأحكام قد تصبح حتى أكثر صعوبة. فى بعض الأحوال قد تستطيع الأحكام التنظيمية تغيير السلوك، ولكن أثرها قد يكون ملموسًا فى حالات أخرى. يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى الذين يريدون صنع فرق حقيقى إلى التفكير بعناية فى عملية التنفيذ الجبرى المحتملة، والموارد المتاحة، والقدرة القانونية، والدعم السياسى، والبيانات ونظم المتابعة والحوافز التى سوف تولدها هذه الأحكام التنظيمية، قبل المضى قدمًا فى طريق وضع الأحكام.

وفى الوقت الذى حذرنا القارئ مرارًا من إمكانية فشل الأحكام التنظيمية، نحن نشدد بنفس القدر على القصور والمظالم الواسعة التى تسببها النظم التى يحركها السوق دون قواعد وأحكام تنظيمية كافية (هيرين ١٩٩٧، هيسياو ١٩٩٤، نيتايارامفونج ١٩٩٤). لذلك، يواجه القائمون على الإصلاح فعل معقد لخلق توازن بين ما هو مرغوب به وما هو مجدى عند بناء أفضل مقاربة استراتيجية للأحكام التنظيمية.

١١

السلوك

يتأثر أداء النظام الصحى والوضع الصحى بسلوك الأفراد من عدة طرق. الممارسات الجنسية والاشتراك فى الحقن من نفس السرنجة كان لهم أثر كبير فى انتشار مرض نقص المناعة المكتسب. إتباع الأشخاص لنظام علاجهم الدوائى بدقة دون إهمال يؤثر على نجاح برامج مكافحة الدرن الرئوى. معدلات التغطية بالتطعيم تؤثر على معدلات وفيات الأطفال. عادات الأطباء فى وصف المضادات الحيوية يؤثر على تكلفة وفعالية برامج مكافحة أمراض الإسهال ونمو المقاومة البكتيرية. عادات قيادة السيارات واستعمال أحزمة الأمان أثناء القيادة تؤثر على الوفيات الناجمة عن الحوادث المرورية. باختصار، يمتلك السلوك الفردى أثرًا كبيرًا على كلٍ من الصحة الشخصية وأداء النظام الصحى.

الأفراد، مقدمو الخدمة والمرضى، الآكلون والشاربون، قائد المركبة والعاشق، يستجيبون لعديد من القوى. بعض هذه القوى تحددها أزرار تحكم مختلفة: التمويل ونظم الدفع وهياكل التنظيم والأحكام التنظيمية. ولكن السلوكيات أيضا تمتد بجذورها البناء الثقافى والبناء المجتمعى، والعادات، والقيم، والوعى العام، والمعتقدات، والاتجاهات، والأفكار. فى هذا الفصل وصف لزر التحكم الخامس: أساليب تغيير السلوك الفردى من خلال التدخلات التى تستهدف السكان. همنا الأولى هو كيف يمكن نستطيع استعمال زر التحكم فى السلوك لتحسين أداء النظام الصحى وترقية أهداف الصحة العامة.

فى هذا الفصل، نقدم أولا المفاهيم الأساسية لتغيير السلوك فى علاقته بأداء النظام الصحى ومن ثم نستكشف الشرائح الأربع للسلوك الفردى الهامة بالنسبة لذلك الأداء. تاليًا لذلك، نقدم نصيحة حول كيف تحقق تغيير السلوك، من خلال مناقشة العناصر الأساسية للتسويق الاجتماعى. ننتهى من ذلك بخلاصة مع مناقشة عن نقاط الضعف والقوة لاستراتيجيات تغيير السلوك المختلفة فى سياق الإصلاح الصحى.

زر التحكم فى "السلوك" يتضمن تصميم وتنفيذ وتقييم البرامج المقصود بها تغيير سلوك الأفراد من أجل تحسين أداء النظام الصحى. المقاربات المتنوعة فى مجالات المعلومات والتعليم والاتصال (IEC) والتسويق الاجتماعى، كلها ذات علاقة بالموضوع. نحن على الأخص نستخدم مصطلح "التسويق الاجتماعى" لنعنى به إطار عمل مفاهيمى لتصميم تدخلات تقوم على مبادئ التسويق. سوف يكون إطار العمل هذا بؤرة كبرى لما سوف يلى.

تنسيق عمل واحد أو أكثر من أزرار التحكم الأربع الأخرى، إضافة إلى الرسائل الموجهة للأفراد، تساعد على تغيير السلوك الفردى. مثلاً، حملة تغيير سلوك ما قد تحتاج إلى إلحاق حملة تعليمية مع حوافز نقدية (الدفع) لمقدمى الخدمة، أو أحكام تحكم سلوكهم. وبالمثل. ترتيب هيكل نظام الرعاية الصحية يمكن تعديله للتأثير على استخدام المريض لمنشآت صحية بعينها. فى مناقشة زر التحكم فى السلوك، سوف نريد هكذا الإشارة إلى أزرار التحكم الأربع الأخرى أينما وجدنا صلة بذلك. ولكن هذا الفصل لا يبحث فى استراتيجيات التأثير على القبول السياسى لمقترحات السياسية الصحية، حيث إن هذه القضايا تم التعامل معها فى الفصل الرابع.

فهمنا لاختيارات زر التحكم فى السلوك ينبع بشدة من حقل التسويق الاجتماعى، ونحن نستخدم الكثير من مفاهيمه فى هذا الفصل. بدأ مجال التسويق الاجتماعى عام ١٩٦٩، بعمل جنينى قام به فيليب كوتلر وسيدنى جيه ليفى (١٩٦٩). اللذان لاحظا أن أساليب التسويق كانت مستخدمة عبر المجتمع الأمريكى كله لبيع كل شىء، من الصابون إلى الكليات إلى السياسيين. دافع كلاهما عن

موقف ينادى بأن كل المنظمات التى تواجه تحديات التسويق تستطيع الاستفادة من استخدام مقاربات التسويق، سواء أكانت منظمات تبيع منتجات تجارية ملموسة أم أفكار اجتماعية غير مادية. فى هذا الفصل، قمنا بتكييف مقاربة كوتلر وليفى فى التسويق الاجتماعى لقضايا الإصلاح الصحى.

تحدث جهود تغيير السلوك الفردى من أجل أهداف الصحة العامة فى سياق التسويق التجارى الصرف، التى تسعى لصياغة شكل السلوك الهادف للربح. يجتاح التسويق التجارى كل جوانب الحياة العصرية، يبيع كل شىء من السجائر إلى القهوة إلى الحواسب الآلية إلى الواقى الذكرى إلى الشراب المضاد للسعال. أنه يرتقى صراحة بالأهداف التجارية أكثر من المصلحة العامة، رغم أن بعض التسويق التجارى (مثل تسويق الواقيات الذكرية) قد يساهم فى أهداف الصحة العامة. قد يكون لهذا التسويق التجارى عواقب ملموسة فى أداء النظام الصحى، كما تدلل عليها أمثلة تسويق الوجبات السريعة وألبان الأطفال الاصطناعية، ومنتجات التبغ. البلدان التى تمر بمرحلة انتقالية من نظام اشتراكية الدولة إلى ذات التوجه للأسواق شهدت زيادة فى التسويق التجارى، مع تغييرات درامية فى أنماط وكميات الإنفاق الصحى العام والخاص. تضخمت مبيعات المستحضرات الطبية على سبيل المثال فى الأسواق الغير منضبطة فى اقتصاد فيتنام الانتقالى فى التسعينات (ماكمانوس ١٩٩٨). التسويق الذى يقوم به أطباء القطاع الخاص والمستشفيات الخاصة يقوم أيضا بصياغة شكل توقعات الجمهور العام من الخدمات الطبية وقد يؤدى إلى توسع استخدام الأجهزة والخدمات الطبية عالية التكنولوجى (مثل أجهزة المسح بالموجات الصوتية) والطلب المتضخم على مستشفيات مستوى الرعاية الصحية الثالث، كما حدث فى كوريا (يانج ١٩٩٦).

يوفر زر التحكم فى السلوك طريقا لصناع السياسات من أجل تحييد العواقب السلبية لكل أنشطة التسويق التجارى، وإعادة توجيه سلوك الأفراد بطرق ترتقى بأهداف الصحة العامة. تؤدى فجاجة التسويق التجارى إلى بعض سلوكيات يود القائمون على الإصلاح الصحى تغييرها، إلا أن ذلك يؤدى أيضا إلى خلق تحديات سياسية وعملية لاستخدامها بنجاح.

من الممكن لجهود تحسين أداء النظام الصحى بتغيير السلوك الفردى الاستفادة من خبرات التسويق التجارى. جهود تغيير السلوك، مثل التسويق التجارى، يجب أن تعترف بالدور المحورى للزبون ويجب فهم أن أيسر الطرق لتغيير السلوك تحدث بواسطة المساعدة فى إشباع رغبات واحتياجات الزبون. يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى إلى التعامل مع قيم ومعتقدات ووعى الزبائن، لأنهم، فوق كل شيء، هم العوامل التى تصوغ شكل الاتجاهات، والمعارف، والسلوك المتعلق بالصحة. التدخلات التى تدعم أو تتفق مع القيم الثقافية عميقة الجذور تمتلك فرصة أفضل للنجاح، بينما تلك التدخلات التى تتحدى مثل هذه القيم تتعرض لمخاطرة عالية بالفشل (كما أشرنا بشكل مماثل بالنسبة للأحكام التنظيمية فى الفصل الحادى عشر).

يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى، حتى يكونوا ذوى فعالية، إلى جمع أنواع مختلفة من مقاربات تغيير السلوك. فى العموم، يجب ألا يسعى رجال الإصلاح إلى السعى "لدفع" ممارسات أو أفكارًا معينة بين الناس؛ بدلاً من ذلك، عليهم إيجاد سبل "لإدخال" مفاهيم مرغوب بها جديدة للقيم المتواجدة يعتنقها الأفراد.

تتنوع مقاربات تغيير السلوك الفردى من المقاربات المنخفضة الإرغام نسبيا مثل تلك الجهود التى تقدم المعلومة بشكل بسيط، إلى تلك المقاربات عالية الإرغام نسبيا مثل جهود المنع والتحريم (جدول ١٢,١). الاستراتيجيات التى يغطيها مثل هذا الزر للتحكم تقع فى مكان ما فى المنتصف. من الممكن أن يصبح التسويق الاجتماعى أكثر إرغاما من كونه مجرد تزويد بالمعلومات، لأنه يعد، ويعبئ، ويعرض الرسائل بقصد إحداث تغير نوعى فى السلوك. فهو غالبا يستخدم التأثير والاقناع القائم على المشاعر والرمزية، وليس على شاكلة التزويد البسيط بالمعلومة. لاحظ جيدًا أن هناك بعض الإرغام المتضمن فى عملية التزويد المغرض بالمعلومة المنحازة أو الغير مكتملة. درجة الإرغام المتضمنة فى تدخلات تغيير السلوك قد تثير علامات استفهام أخلاقية مهمة، سوف نناقشها لاحقا

جدول ١٢.١ مقاربات تغيير السلوك الفردي

المعلومات	أقل إرغاما
التسويق	↑
الحوافز	
التقييد	
التحريم الدينى أو المذهبي	↓
الحظر والمنع	أكثر إرغاما

عند تخطيط شكل استراتيجيات لتغيير السلوك، يواجه القائمون على الإصلاح ثلاث تحديات تسويقية شائعة (كوتلر وليفى ١٩٦٩). أولاً، هم يحتاجون لتعريف واضح "للمنتج"، يشمل كلاً من المنتجات المادية (متضمنا البضائع والخدمات)، والمنتجات الغير مادية (مثل الأفكار والمعتقدات). ثانيًا، هم يحتاجون إلى النظر فى علاقة المنتج "بالمستهلك" النوعى فى النظام الصحى. يجب التفكير فى أنواع متعددة من المستهلكين: الزبائن (أو المستهلكون المباشرون للمنتج)، صناع القرار (أو صناع السياسات فى النظام الصحى)، أصحاب المصلحة الرئيسيين (من له مصلحة محددة فى المنتج)، والجمهور العام (كل هؤلاء الذين قد تؤثر اتجاهاتهم فى استخدام المنتج بشكل أو بآخر). ثالثًا، يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى إلى التقاط "الأدوات" التى يمكن لها أن ترتقى بقبول المستهلك "للمنتج". فى هذا الفصل، نتفحص أدوات التغيير للسلوك الصحى فى علاقتها "بالمكونات الأربع للتسويق": تطوير "المنتج السليم مدعوما بالترويج السليم موضوعًا فى المكان السليم بالسعر السليم" (كوتلر وزالتمان ١٩٧١).

التطبيق الواسع الأول للتسويق الاجتماعى شمل المنظمات التى تعمل فى مجال تنظيم الأسرة فى البلدان النامية فى أواخر الستينات وأوائل السبعينات. فى ذلك الوقت، أصبح توزيع وسائل منع الحمل فى البلدان النامية ذا أولوية عالية للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية والمؤسسات الخاصة، الذين قاموا بترقية الأساليب الجديدة للتسويق الاجتماعى. أول مشروع قومى للتسويق الاجتماعى كان مشروع نيرودة للواقيات الذكرية، الذى بادرت به الحكومة الهندية بمساعدة مؤسسة فورد (التمان وبيوترو ١٩٨٠). استخدمت هذه المشاريع بشكل شائع قنوات توزيع تجارية، بدعم حكومى واستراتيجيات تسويق اجتماعى لتوسيع طلب المستهلكين. ساعدت المشاريع أيضًا على ظهور العديد من المنظمات الاستشارية التى تخصصت فى التسويق الاجتماعى لتنظيم الأسرة والصحة. فى ١٩٩٧، عمل ٦٠ مشروع واسع للتسويق الاجتماعى لوسائل منع الحمل فى ٥٥ بلدا فى أنحاء العالم. باعت هذه المشاريع ٩٣٧ مليون واقى ذكرى و٥٤.٥ مليون شريط حبوب لمنع الحمل فى عام ١٩٩٧، ونشرت تقارير بزيادة ١٣% فى عدد الأزواج المستخدمين للوسائل عن السنة السابقة – وهو المخرج الذى ينسب إلى التطبيق الناجح لأساليب التسويق الاجتماعى (مؤسسة DKT عام ١٩٩٨).

إلى اليوم، لم نستغل مقاربات تغيير السلوك بشكل كامل من أجل تحسين أداء النظام الصحى. لقد تم توجيهها أساسًا نحو رعاية إقرار منتجات أو ممارسات صحية خاصة: منع الحمل، رضاعة الثدى، التبغ، وناموسيات السرر، التطعيم ومحلول معالجة الجفاف. جهود تغيير السلوك التى ركزت على جعل الناس يخفضون استخدامهم لشىء ما كانت أقل انتشارا وأقل نجاح. يعكس ذلك جزئيًا نقطتنا المبكرة حول كيف أن التسويق ينجح أكثر عندما يتقابل مع احتياجات الناس العميقة داخلهم. لسوء الحظ، لا يتوافر إلا القليل من المنتجات البديلة الطبية "لمنع تسويق" السلوكيات الخطرة (مثل التدخين وممارسات بعينها للجنس). وأينما وجدت مثل هذه المنتجات (مثل الشريط اللاصق لمنع التدخين والواقيات الذكرية)، فهى غالبا أقل فعالية فى الوفاء بتلك الاحتياجات من المنتجات التى تحاول استبدالها.

المشكلة الأخرى التى حدت من فعالية تغيير السلوك هى أن التدخلات بطريقة تناول مشكلة فمشكلة أخرى لم تكن بشكل منهجى متصلة بقضايا أوسع لأداء النظام الصحى. تضمنت أحيانا جهود إصلاح القطاع الصحى تطوير "خطط اتصال". ولكنها عادة تم توجيهها إلى عمليات "إقرار" مقترح للإصلاح (العمليات التى نظرنا فيها بالفصل الرابع عن السياسات)، أكثر من جعلها جزءًا من الإصلاح الصحى نفسه. نحن ننادى بموقف أن العديد من الفرص تتواجد للتأثير على السلوكيات الفردية من داخل خطط الإصلاح الصحى، لتحسين الأداء الكلى للنظام الصحى، والمساعدة فى تحقيق المعايير التى تشكل جوهره.

فئات السلوك الفردى

أين يمكن استخدام زر التحكم فى تغيير السلوك فى جهود الإصلاح الصحى؟ هنا من الهام أن ننظر فى الفئات الأربع لسلوك الفرد:

- سلوكيات البحث عن العلاج
- سلوكيات محترفى مهنة الصحة
- سلوكيات التزام المرضى واستجابتهم
- سلوكيات أسلوب الحياة والوقاية

كل فئة من هذه الفئات يمكن نسبتها لأهداف هامة من أهداف إصلاح القطاع الصحى، شاملاً المعايير الجوهرية والمعايير الوسيطة.

سلوكيات البحث عن العلاج

قرارات المستهلك حول أين ومتى وكيف يسعى لطلب العلاج هى مجال هام لتحسين أداء النظام الصحى. قرارات السعى لطلب العلاج هذه تشمل نوع المحترف الصحى (الأخصائى مقابل الممارس العام)، مستوى المنشأة الصحية

(الرعاية الأولية مقابل المستشفى التعليمى)، توقيت ومكان العلاج، واستخدام التقليدى مقابل الطب الغربى. تتضمن سلوكيات المستهلك هذه التعامل التفاعلى مع المسئول الصحى، بمن فيهم الطبيب والقابلة والمداوى التقليدى وبائع العقاقير الخاص. سلوكيات السعى فى طلب العلاج تكتسب أهمية مع المشاكل الصحية الحادة (أى الإصابات والحميات) إضافة إلى المشاكل الصحية المزمنة (مثل السكر والأمراض الأخرى).

ولان تلك النقطة ليست ميدان لخبرات مكثفة، سوف نستخدم نموذجًا افتراضيًا لشرح إمكانياته. تصور، مثلاً، حملة لتشجيع المرضى على زيارة العيادات المحلية قبل السعى فى طلب العلاج من المستشفى الإقليمى. الهدف سوف يكون تحفيز كفاءة نظام الإحالة، وتقليل الازدحام فى المراكز الإقليمية، وتقديم رعاية فى أحوال أقل تكلفة حيث يمكن ذلك. كل ذلك سوف يتضمن تحفيزًا للكفاءة الفنية للنظام ككل. سوف تتطلب تلك الحملة، حتى تكون حملة ناجحة، سوف تتطلب بحثًا فى أسباب تجنب المرضى لعيادات الرعاية الصحية الأولية المحلية، شاملة المشاعر العامة والمشاكل الحقيقية المرتبطة بالجودة والتكلفة وتوافر الخدمات فى تلك الأماكن. افترض أن بحثًا كشف أن المميزات التى يراها الناس فى المراكز المحلية هى توفر القدرة على الوصول لخدماتهم (الانتقالات أقل ووقت الانتظار أقل) وحجم منشآتها البسيط وبيروقراطيتها الأقل صرامة فى العمل. الأوجه السلبية كانت عدم تواجد فئات طاقم العمل أثناء ساعات العمل وشكاوى من الجودة. فمن ثم يمكنك تصور حملة تسويق اجتماعى تتضمن شعارات مثل "اذهب إلى مركزك الصحى المحلى أولاً – أطباء جيدون قريبون منك" أو "اذهب إلى حيث يعرف العاملون من أنت – استخدم مركزك الصحى المحلى أولاً". ولكن سوف تكون هناك جهود ضرورية لتحسين جودة الخدمات فى عيادات الرعاية الصحية الأولية (من خلال زر التحكم فى التنظيم). لجعل الناس تذهب إلى المراكز الصحية – فقط لتوهمهم بما سوف يلاقونه هناك – لن يقنعهم أن اقتراحاتك سوف تلبى احتياجاتهم الأساسية.

بالطبع، الإقناع لا يعمل وحده. من الممكن جمعه مع مبادرات أكثر إرغاما. مثلاً، زر التحكم فى الدفع من الممكن استخدامه أيضًا، برفع قيمة ما يدفعه المريض من رسم مشاركة فى منشآت مستوى الرعاية الثالث وتقديم علاجًا مجانيًا فى منشآت الرعاية الصحية الأولية. باستخدام آليات حارس بوابة النظام الصحى (نموذج لاستخدام زر التحكم فى الأحكام التنظيمية)، قد تتطلب التجربة أيضًا من المرضى استلام موافقة طبيب الرعاية الأولية قبل المناظرة مع أخصائى المستوى الثالث من الرعاية.

سلوك المحترفين الصحيين

قرارات مقدم الخدمة فى العلاج تمثل شريحة هامة ثانية للسلوك الفردى التى يمكن تناولها من خلال هذا الزر للتحكم. قرارات مقدم الخدمة الهامة تتضمن طبيعة العلاج، شاملة التزامه بأدلة العمل، وكمية الانتباه المعطى للرعاية الوقائية، ومكان العلاج (مستشفى عامة مقابل العيادة الخاصة لمقدم الخدمة) وإحالة المريض إلى مقدمى خدمة آخرين. والحكومة ليست اللاعب الوحيد المحتمل هنا، حيث قضايا أخلاقيات المهنة يمكن التعامل معها بواسطة حملات تغيير السلوك بواسطة الجمعيات المهنية وتستهدف أعضاءها.

هناك مؤلفات نظرية ضخمة عن تحسين الجودة فى الخدمات الصحية، شملت فى مرات عديدة التغيير فى سلوك مقدم الخدمة. أحد الأمثلة فى البلدان النامية هى مشروع PROQUALI، الذى سعى إلى تحسين جودة خدمات الصحة الإنجابية فى ولايتين من ولايات البرازيل. تجاوز المشروع الأفكار التقليدية للجودة الإكلينيكية إلى "نموذج جديد يتوجه للزبون" لتحسين الجودة. مقاربة هذا المشروع اشتملت على تغييرات تنظيمية داخل العيادة، متحدة مع تقييم خارجى من أجل الاعتماد، يتبعها اعتراف مجتمعى من خلال حفل رسمى لتوزيع الجوائز. تضمن المشروع أيضًا تعبئة وحشد مجتمعى لتحفيز الطلب المحلى على تجويد الأداء.

يقوم هذا المشروع على أساس الإدراك بأن حيوية التفاعل الشخصى فى علاقة مقدم الخدمة والمريض يمكن أن يصبح محددا ملموسا للإحساس بجودة الخدمة ويستطيع التأثير على السلوك الساعى لطلب الصحة، وبذا يمكن التأثير على الوضع الصحى ورضاء المستهلك. تغيير سلوك واتجاهات مقدم الخدمة الصحية يستطيع إحداث اختلافا كبيرا فى الطريقة التى يسعى بها المريض للبحث عن الرعاية والتى يستجيب بها للعلاج.

عديد من استراتيجيات تغيير السلوك توجهت لأنماط وصف الدواء الذى يقوم به الأطباء والصيدليات. الذين يقومون بوصف الدواء وأحد من الأهداف الرئيسية للحملات التجارية الدوائية فى قطاع الصحة. ممارسة "التفصيل الأكاديمى"، جزئيًا كاستجابة، تطورت لتقدم المعلومات للأطباء، باستخدام مقاربة التسويق الاجتماعى من أجل تغيير سلوكهم فى وصف الدواء وتحسين الجودة وعلاقة التكلفة بالفعالية فى الأدوية المختارة (سومراى وافرون ١٩٩٠).

فى البلدان النامية، استراتيجيات الترويج للاستخدام الرشيد للأدوية تضمنت جهودا لتغيير ممارسات وصف الدواء ليس فقط من قبل الأطباء ولكن أيضا للصيدليات التجارية، خصوصا فى بيئات تباع فيها المنتجات دون روشتة طبية وغالبًا دون استشارة صيدلى مدرب. مثلاً استهدفت الحملات بائعى الدواء لتشجيع بيع محلول معالجة الجفاف وعدم تشجيعهم على بيع المضادات الحيوية لحالات الإسهال (روس-دنيان وآخرون ١٩٩٦). سعت حملات أخرى لعدم تشجيع استخدام الحقن، حتى رغم حاجة المرضى وتوقعهم هذا الشكل من العلاج كجزء من زيارة الطبيب.

تصور هذه الجهود صراعًا قد ينشأ بين أهداف تحفيز رضاء المستهلك وتحسين الوضع الصحى. الحقن قد يكون العلاج المفضل لدى المستهلكين، ولكنها ربما لا تكون ضرورية أو علاقة تكلفتها بالفعالية إيجابية، وقد تتسبب حتى فى مشاكل صحية من خلال إعادة استخدام السرنجات التى تنقل الأمراض المعدية مثل الالتهاب الكبدى والإيدز. جهود التسويق الاجتماعى الناجحة، التى تستهدف الأطباء والمرضى، قد تساعد فى تقليل هذا التوتر الغير مفيد على ما يبدو.

هذه الفئة من السلوك الفردى تشمل قرارات المرضى حول ما إذا كانوا سيتبعون تعليمات العلاج التى يعطيها محترفى الصحة. تتضمن هذه السلوكيات استخدام الوصف الدوائى، واتباع الإحالة لمقدمى الخدمة الصحية الآخرين، وأنواع أخرى من سلوكيات متابعة العلاج.

الاستراتيجيات العديدة التى استهدفت تغيير سلوكيات التزام المرضى تتضمن العلاجات الدوائية. نماذج استراتيجيات تغيير السلوك فى هذا المجال تتضمن جهود تشجيع المرضى على التناول الكامل للمضادات الحيوية (لتقليل تطور مقاومة الميكروبات لها). وجهود تشجيع مرضى الأمراض المزمنة (مثل الشيزوفرينيا، والضغط والسكر) على تناول دوائهم بشكل منتظم وفى المواعيد السليمة. فى بعض الحالات، قد يتم جمع استراتيجيات تغيير السلوك بالأحكام التنظيمية المباشرة لتغيير السلوك لضمان الالتزام، كما يحدث مع مريض السل، بالعلاج مع الملاحظة المباشرة، لدورة قصيرة، المعروف باسم الدوتس "DOTS" (منظمة الصحة العالمية ١٩٩٩). فى العلاج الدوائى تحت الملاحظة المباشرة، يضع العاملون الصحيون المرضى تحت أنظارهم وهم يتناولون دوائهم، لضمان أن المزيج السليم من العقاقير يتم تناوله للمدة الزمنية الصحيحة.

تم توجيه استراتيجيات تغيير السلوك نحو إقناع الأمهات باتباع إجراءات معينة فى رضاعة الثدى الطبيعية. مثلاً، دخل برنامج تسويق اجتماعى فى المجتمعات الريفية التقليدية فى جامبيا للجمع بين المعتقدات التقليدية والمعرفة العصرية بطرائق تثمر ممارسات رضاعة ثدى طيبة، مثل التبكير بإرضاع الثدى، إرضاع الإفراز الأصفر السابق على نزول لبن الثدى (colostrums)، إطعام الوليد بلبن الثدى فقط لمدة ستة أشهر (سيميجا-جانيه وآخرون ٢٠٠١). اكتشفت الدراسة النتيجة المثيرة بأن سلوكيات مثل رضاعة الثدى نشأت من شبكة اجتماعية

معقدة. لذلك، محاولات تغيير عادات رضاعة الثدى عند الأمهات من الضرورى الأخذ فى الحسبان اتجاهات وتأثيرات الأزواج والعجائز، وخصوصًا أميات النسوة فى فترة الخصوبة الإنجابية. إنه درس مهم يجب أن يتذكره مصممى البرامج - خصوصًا عند العمل فى مجتمعات وثيقة العلاقات الأسرية، كما هى الحال غالبًا فى المناطق الريفية فى البلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل.

سلوكيات أسلوب الحياة والوقاية

الشريحة الرابعة للسلوكيات الفردية، هى قرارات المستهلك حول العادات المتبعة فى أسلوب الحياة والتى لها أثر كبير على صحته، خصوصًا فى الوقاية من الأمراض. الأمثلة على هذه السلوكيات تتضمن القرارات الفردية حول أنماط ممارسة الرياضة، واستهلاك الطعام، والتدخين، والعلاقات الجنسية، واستعمال وسائل منع الحمل. لا تتضمن هذه السلوكيات بالضرورة التفاعلات المتبادلة مع المحترفين الصحيين أو المنشآت الصحية. فعليًا، تخضع هذه السلوكيات غالبًا لمجموعة معقدة من التأثيرات، من التسويق التجارى الحديث إلى قوة التوقعات الثقافية التقليدية.

أحد الأمثلة الناجحة لهذه البرامج التى تستهدف تغيير سلوكيات أسلوب الحياة هو مشروع هارفارد للكحوليات فى الحملة على السائقين المخمورين (وينستن ١٩٩٤)، والذى تم وضع تصميمه لتغيير السلوك الاجتماعى بقيادة السيارات بعد تعاطى الكحوليات. اقنع المشروع كتاب التلفزيون فى هوليوود بتضمين إشارات عن السائقين "المخمورين" فى البرامج التلفزيونية الأعلى مشاهدة. تلك الرسائل القصيرة ضمن البرامج التلفزيونية الشهيرة أثرت على وعى الجمهور العام بالسلوكيات اللائقة وقدمت نماذج اجتماعية لكيفية التصرف فى أحوال بعينها. هذا المشروع اكتشف أيضًا أن الأصدقاء والأنداد لهم تأثير حاسم على سلوكيات المراهقين، لذا قام بتصميم رسائل للاتصال بالقيم القائمة عند المراهقين، مثل "الأصدقاء لن يدعوا الأصدقاء يقودون سياراتهم وهم مخمورين".

لميدان مكافحة التدخين العديد من الأمثلة على التسويق الاجتماعى الذى يستهدف تغيير سلوكيات أسلوب الحياة. وأظهرت التقييمات عديد من العوامل التى تظهر فعالية مثل هذه الحملات المناهضة للتدخين. "الدعاية التى تهاجم مباشرة صناعة التبغ كمصدر لمشكلة التدخين، وتفضح الطريقة التى تتداول بها الصناعة الأمور، وتمارس الخداع، والإغواء، وتعمل على إدمان الأطفال والفتيان فى سن المراهقة، وتسلط الضوء على الطريقة التى تحافظ بها الصناعة على البالغين كمدمنى مخدرات طول العمر لجنى الأرباح، هذه الدعاية كانت فعالة فى تحدى شرعية ومصداقية الصناعة" (سيجل ١٩٩٨، ١٣٠). تظهر خبرات حملات مناهضة التدخين كيف يمكن استخدام التسويق الاجتماعى فى ارتباطه مع الأحكام التنظيمية، ومع طريقة الدفع، والتمويل للترويج لتغيير السلوك، وكيف أن أبحاث التقييم تستطيع المساعدة فى تطوير استراتيجيات فعالة يمكن تطبيقها بشكل واسع فى أوضاع مختلفة.

العناصر الأساسية للتسويق الاجتماعى

التسويق الاجتماعى بالنسبة للقائمين على الإصلاح الصحى يقدم إطار عمل مفيد للتفكير فى تغيير السلوك وتطوير استراتيجيات عملية. أزرار التحكم الأخرى تتناول مقاربتين رئيسيتين لتغيير السلوك: الحوافز (بواسطة زر التحكم فى طريقة الدفع)، والقيود والحظر (بواسطة زر التحكم فى الأحكام التنظيمية). فى هذا القسم، نراجع العناصر الرئيسية للتسويق الاجتماعى – المنتظم حول مكونات التسويق الأربعة: المنتج، الترويج، المكان، السعر – باعتبارهم أبعادًا حاسمة يجب أن تتضمنهم أى خطة تغيير سلوك فردى. نحن نشدد أيضًا على أن رجال الإصلاح الصحى فى حاجة إلى النظر فى التدخلات بعيدًا عن التكتيكات المعتمدة على وسائل الإعلام، بما فيها التدخلات الجماعية، والمقاربات المبتكرة الأخرى، من أجل الحصول على أعظم تأثير على السلوك الفردى.

نحن نعتقد أن القائمين على الإصلاح الصحى سوف تكون لديهم أفضل نصيحة بتصميم محاولاتهم لتغيير السلوك ببنائها على أساس الخلاصة الجوهرية للتسويق الاجتماعي: إن تغيير القيم الأساسية صعب للغاية. لذلك، تعمل استراتيجيات تغيير السلوك أحسن ما يكون عندما نبنيها على القيم القائمة. تخدم هذه الاستراتيجية كحجر أساس للتسويق التجارى أيضًا. الحصول على تبنى الجمهور لمنتجك يتطلب أنك تصمم المنتج بحيث يوفى برغبات واحتياجات هؤلاء السكان. يمكن تحقيق هذا المستهدف بتحديد ما يريده السكان ومن ثم إتباع المكونات الأربع للتسويق.

المنتج

الخطوة الأولى فى التسويق الاجتماعى هو تحديد المنتج لجمهور حضور معين. هذه العملية أكثر تعقيدًا مما يبدو، لأنها تتطلب تحليلاً ملموسًا لمختلف جمهور الحاضرين المحتمل. تمضى عملية تحديد المنتج وتصميمه فى هدى ثلاثة مبادئ.

أولها هو مبدأ "توجه المستهلك". حتى تصمم منتجًا فعال، رجل السوق يجب أن يعرف المستهلك. يمكن استخدام كلٍ من الأسلوب الكمى (مثل استطلاعات رأى الجمهور) والاسلوب الكيفى (مجموعات النقاش البؤرية). المعلومات حول المستهلك لا غنى عنها من أجل تصميم المنتج والرسالة، إضافة إلى خلق استراتيجيات توزيع واتصال. هذا النوع من "أبحاث تطوير الأفكار" تساعد على تحديد كلٍ من المنتج، والجمهور المستهدف بجهود التسويق الاجتماعى.

يوفر هذا المبدأ الخاص بتوجه المستهلك أسس استراتيجيات تغيير السلوك. يجب على جهود تغيير السلوك الفردى، حتى تكون فاعلة، أن تقوم على أسس الفهم متعدد الأبعاد لرغبات واحتياجات المتلقين، ويجب على تصميم المنتج أن يلبى (ولا يغير) هذه الرغبات والاحتياجات الرئيسية.

المبدأ الثانى فى تحديد المنتج يتضمن "تقسيم الجمهور إلى أقسام". تعلم رجال السوق أن السكان غالبًا ليسوا نمطًا واحدا بل خليط، وأن رسالة واحدة لا تستطيع الاستجابة للرغبات والاحتياجات المتنوعة لكل الجماعات التى يمكن استهدافها. بدلاً من ذلك، كل منتج يجب تصميمه لفئة معينة من السكان. وهذا يعنى، بالنسبة للغرض الذى نقصده، أن الجمهور العريض المستهدف للتغيير يجب أن يقسم إلى أقسام أو شرائح، مع القيام بتقييم كل شريحة من زاوية اهتماماتها، ورغباتها واحتياجاتها الخاصة. ومن ثم، يجب تشكيل منتجات منفصلة لكل شريحة من السوق. مثلاً، ميز برنامج للترويج لرضاعة الثدى فى البرازيل ثمانية شرائح لجمهور المستفيدين: (١) الأطباء، (٢) الخدمات الصحية، (٣) المستشفى، (٤) صناعة ألبان الأطفال، (٥) الصناعة عمومًا، (٦) المجتمع المحلى، (٧) المسئولون الحكوميون، (٨) الأم. تم تصميم منتج مختلف لكل شريحة. فى هذه الحالة، تم تزويد الأطباء بمعلومات عن الفوائد الطبية لرضاعة الثدى، وتشجيع المجتمع المحلى لإعطاء دعم نفسى للعائلات وتقديم دعم فى صورة تسهيلات للأمهات المرضعات (مانوف ١٩٨٥، ٤٨).

يقوم تقسيم شرائح الجمهور نمطيًا على أسس الصورة النفسية العامة للسكان (يسميها رجال السوق psychographics). وهذا يتضمن تمييز القيم الجوهرية من خلال تحليل أسلوب الحياة، والشخصية وعادات الاتصال، والاستعداد للتغيير، والاحتياجات المحسوسة. هذه السمات النفسية يمكن نسبتها أيضًا إلى عوامل أخرى مفيدة فى عملية تقسيم الجمهور إلى شرائح، منها "الجغرافية (الإقليم والقرية أو الضاحية ودوائر التعداد العام)، والخصائص السكانية (السن والنوع وحجم العائلة والعمل والعرقية والطبقة الاجتماعية)، والهيكل الاجتماعى (مكان العمل، ودور العبادة، والجمعيات الخيرية والعائلات والهيئات التشريعية)" (لوفبر وفلورا ١٩٨٨، ٣٠٤).

من الممكن استخدام الدراسات الكمية والكيفية للجمهور المستهدف لخلق صورة عامة لأنماط الشخصية لأقسام معينة من السكان. ومن ثم يمكن استخدام تلك الصورة العامة للشخصية (مثل "الرجل التقليدى فى المجتمع المحلى الفلبينى محدود الدخل") فى تصميم رسائل تسويق اجتماعى من أجل تنظيم الأسرة (بيوترو وآخرون ١٩٩٧، ٤٢). يستطيع القائمون على الإصلاح الصحى استخدام أساليب فنية متنوعة للقيام بتحليل المستهلكين لتحديد الجمهور المستهدف، والتعرف على شرائح السكان النوعية، وتوصيف القيم الجوهرية للجمهور. أبحاث السوق ومجموعات النقاش البؤرية تمثل أدوات هامة لفهم طريقة تفكير ومشاعر الناس فى احتياجاتهم الصحية وفى النظام الصحى، ومن أجل تعريف المجموعات الفرعية ذات العلاقة فى السكان. تمييز شرائح السكان الصحيحة يمثل أمرًا حاسمًا فى تحديد المنتجات والرسائل لكل جمهور مستهدف، ومن أجل اقتراح أساليب نوعية للوصول لكل جماعة.

المبدأ الرئيسى الثالث فى تصميم المنتج، هو "تلبية الاحتياجات الأساسية" أكثر من التقديم البسيط لشيء مادى، أو خدمة مخصوصة. يتبع هذا المبدأ أيضا أركان التسويق التجارى، وهى النقطة التى وضعها كوتلر وليفى (١٩٦٩) فى مقالتهم الكلاسيكية حول التسويق الاجتماعى. بالنسبة لشركة صابون، المنتج ليس مجرد الصابون، ولكن النظافة، بالنسبة لشركة مستحضرات تجميل، المنتج ليس مجرد أدوات الزينة وأحمر الشفاه، ولكن الجمال أو الأمل، وبالنسبة لدار نشر، المنتج ليس مجرد الكتب، ولكن المعلومات.

وبالمثل، على رجال الإصلاح حتى يكونوا فعالين رؤية منتجهم بمعايير وظيفية كتلبية احتياجات وقيم رئيسية. بالنسبة لمنظمة تدعو لتنظيم الأسرة، المنتج ليس مجرد الواقيات الذكرية ولا حبوب منع الحمل، ولكنها جودة الحياة والتحكم بالإنجاب. بالنسبة لبرنامج مكافحة مرض الإيدز، المنتج ليس مجرد ممارسات جنسية آمنة، ولكنه الخلو من المرض وتحكم المرء فى مصيره.

الجدول ١٢.٢ المنتج والمنافع والقيم الجوهرية للفعل المرغوب بين الجمهور المستهدف

الفعل المرغوب به	المنتج/المنفعة	القيمة الجوهرية
مبادرة منع التدخين.	الخلو من إدمان النيكوتين الاستقلالية عن الممارسات الأنانية الماكرة لصناعة التبغ، التمرد على صناعة تحاول استغفالك، وإغواءك، وتدفعك للإدمان، وتقتلك.	الحرية . السيطرة على استقلاليتك . التمرد .
ممارسة جنس آمن.	الخلو من الإيدز. الاستقلالية عن فيروس يدمر ويسبب العذاب لأصدقائك ومجتمعك، التحكم فى مصيرك.	الحرية . الاستقلالية .
مزيد من ممارسة الرياضة فى غالب الأحوال .	تمييز نفسك كشخص قوى بدنيًا وجذاب بالتحكم فى مظهرك الخارجى .	الحرية والاستقلالية

المصدر: سيجل ودونر، ١٩٩٨، ص ٥٣

وهكذا، زر التحكم فى تغيير "السلوك" يهتم بكل من "المنتجات المادية" (مثل الواقى الذكرى من أجل منع الحمل، أو عقاقير الأمراض المزمنة) إلى جانب "المنتجات الغير ملموسة" (مثل تغيير آراءك حول الجنس الآمن، أو تغيير الوعى العام بجودة الرعاية). باختصار، يحتاج القائمون على الإصلاح إلى تعلم كيفية تحديد كل من نوعى المنتجات ذات الجاذبية للقيم الجوهرية عند شريحة السكان فى مجتمع بعينه.

الجدول ١٢.٢ يقدم بعض النماذج لكيف تستطيع بعض منتجات الصحة العامة الاتصال بالقيم الجوهرية لشريحة بعينها من السكان. على سبيل المثال، عند النظر فى مبادرة، التدخين بين الفتية المراهقين فى البلدان المتطورة، القيمة الجوهرية للتمرد، ربما تكون موصولة بقرار البدء فى التدخين (حين يتمرد المراهقين على آبائهم والأعراف الاجتماعية). التحدى بالنسبة للتسويق الاجتماعى، هو وصل نفس القيمة الجوهرية للتمرد كرفض للتدخين (كمحاولة تمرد ضد صناعة التبغ ورغبتها فى اصطياد المراهقين بالسجائر). نحتاج إلى تعريف القيم الجوهرية لشرائح السكان فى بلدان بعينها، حيث إن هذه القيم تتنوع عبر أقسام السكان وعبر الثقافات. التحدى الأكبر هو وصل التغييرات المرغوبة بالقيم القائمة فى جمهور معين.

المكان

فور تحديد المنتج والجمهور، العمل التالى للقائم بالتسويق الاجتماعى هو كيف يأتى بالمنتج إلى الجمهور المستهدف. أين يمكن الوصول إلى الجمهور بالمنتج؟ يتضمن اتخاذ قرار بشأن المكان اختيار "القنوات" المناسبة يمكن تقديم المنتَج من خلالها أو إتاحتها للجمهور. وكما أشار كلاً من لوفبفر وفلورا (١٩٨٨، ٣٠٥)،

"أى شخص، أو منظمة أو مؤسسة تستطيع الوصول إلى جمهور محدد هو "قناة" محتملة للاتصال الصحى. وهكذا، المدارس، أماكن العمل، المنظمات الاجتماعية، دور العبادة، عيادات الأطباء، ومختلف الهيئات الغير هادفة للربح، كليا يمكن رؤيتها كقنوات محتملة للاتصال. تمييز "نقاط على مسار الحياة" – مثل محلات غسيل الملابس، والبقالة، والمطاعم، ومواقف الحافلات العامة – يمكن أيضًا أن تكشف عن قنوات محتملة للوصول إلى جمهور معين.

يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى التفكير بشكل مبدع فى القنوات التى تصلهم بالجمهور المستهدف، خصوصا إذا كانت الجماعة المستهدفة مهملة اجتماعيًا، كما هو حادث دائما مع حملات الصحة العامة للتطعيم، والإيدز، والسل الرئوى فى البلدان النامية.

يتم فرز قنوات الاتصال عادة إلى ثلاث شرائح عريضة: قنوات ما بين الأشخاص، لتشمل العائلة والأصدقاء ومقدمى الرعاية الصحية؛ والقنوات الجماعية، لتشمل تعبئة وحشد المجمتع ومنظمات المجتمع المدنى، وقنوات الإعلام الجماهيرى، لتشمل المطبوعات والإذاعة والتلفزيون (بيوترو وآخرون ١٩٩٧، ٧٣). صورت الأبحاث أن الأثر الأكبر الذى يمكن بلوغه يأتى عن طريق الجمع بين أنواع مختلفة من القنوات من أجل تكرار ودعم الرسائل الأساسية.

مثلا، حملة فى كينيا صممت الشعار "هاكى ياكو ("إنه حقك") للتشديد على حقوق الإنسان الأساسية للنساء والرجال للتحكم فى خصوبتهم، ومن ثم استخدموا قنوات متعددة لنشر تلك الرسالة: "فقرات إذاعية ومسلسلات دراما إذاعية لنشر الشعار، زيارات مجتمعية بواسطة عمال ميدانيين للوصول إلى المناطق الريفية، بوسترات ولوحات لخلق صورة بصرية لرجال ونساء يتحدثون معا، وتى شيرتات لتحفيز مزيد من الاتصال ما بين الأشخاص، وتشجيع الدفاع عن الموقف بواسطة المستخدمين الراضين بالخدمة" (بيوترو وآخرون ١٩٩٧، ٧٣-٧٤). أحد الاستقصاءات البحثية اكتشفت أنه لم تصل قناة اتصال بمفردها إلى أكثر من نصف السكان المستهدفين، ولكن التعرض الموحد للقنوات الخمس وصل إلى ٨٣% من العينة القومية محل المسح البحثى. الهدف بالنسبة لرجال الإصلاح هو الوصول إلى المجموعات المستهدفة فى أماكن مختلفة من خلال قنوات متنوعة، لرفع فرص تغيير المعرفة والاتجاهات والسلوك.

الجدول ١٢،٣ قنوات للوصول إلى الجمهور المستهدف

الدعاية والإعلان
الإعلام الحر (الرعاية الرسمية)
الوقائع والأحداث
الجماعات المنظمة
الاتصالات الشخصية
صناعة الترفيه

يسمح توافر قنوات متعددة للمقاربات الإبداعية أن تصل ما بين المنتج والجمهور. يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى إلى النظر فى أساليب تتجاوز مقاربات الإعلام التقليدية (مثل الإذاعة)، شاملة الإعلان والاتصال الشخصى، والمجموعات الاجتماعية، والتغييرات البيئية (انظر الجدول ١٢،٣). لشرائح الجمهور النوعية سمات وعادات مختلفة مؤثرة أينما وصلت إليهم الرسائل. مثلاً، حملات ترويج الصحة العامة غالبًا ما تستخدم المراكز الصحية لإتاحة منتجات الحفاظ على بقاء الأطفال. ولكن إذا كانت هناك مشاكل فى القدرة على الوصول إلى المراكز الصحية واستخدامها – كما يحدث عادة فى العديد من البلدان النامية – فمن ثم استخدام المراكز الصحية لتوزيع المنتجات، سوف لن يكون على هذه الدرجة من الفعالية. الأبحاث على الجمهور من أجل محلول معالجة الجفاف قد ميز أماكن أخرى أكثر فعالية لترويج المنتج، مثل الصيدليات الخاصة (فى مصر وإندونيسيا) والمتاجر العامة الصغيرة (فى المناطق الريفية بهندوراس) – لأن السكان المستهدفين فعليًا يستخدمون هذه المنشآت بطريقة منتظمة (راسموسون وآخرون ١٩٨٨، ١١).

في بعض الحالات، يمكن تنظيم احتفالات خاصة لجذب جماعة بعينها من السكان من أجل توصيل رسالة أو منتج. يمكن استخدام مجموعات اجتماعية أيضا للترويج لتغييرات فى السلوك والحفاظ على استمراره. مثلا، برنامج تنظيم الأسرة الاندونيسى استخدم مجموعات نساء القرية للترويج لمنع الحمل وتنظيم "نوادى قبول الفكرة" بالقرية لتوفير الدعم من خلال البرامج الاجتماعية والاقتصادية.

فى الولايات المتحدة، استخدم أول برنامج على مستوى الولاية لتوزيع الواقيات الذكرية أساليب التسويق الاجتماعى، لتقرير ما هى المواقع التى سوف يتوافر بها الواقى الذكرى (كوهين وآخرين ١٩٩٩). انتقى البرنامج منشآت صحية (عيادات صحة عامة، ومراكز صحة عقلية بالمجتمعات المحلية، ومواقع علاج إدمان المخدرات) لإعطاء نفوذ ومصداقية لدور الواقيات الذكرية فى منع الأمراض، من خلال توزيعها بواسطة "مقدم رعاية صحية موثوق به". إضافة إلى ذلك، قدم البرنامج واقيات ذكرية مجانية فى أكثر من ١٠٠٠ مكان للعمل من القطاع الخاص فى الأحياء ذات معدلات مرتفعة من الأمراض المنقولة جنسيًا والإيدز، بالتركيز على متاجر البقالة ذات الخدمة طوال الأربع وعشرين ساعة، والبارات، والنوادى الليلية، ومحلات بيع الخمور، وصالونات التجميل، والحلاقين، وراسمى الوشم، ومحلات تنظيف الملابس، والفنادق الرخيصة. وجد التقييم زيادة فى التقارير الذاتية عن استخدام الواقى الذكرى، دون زيادات فى عدد المشاركين فى ممارسة الجنس ولا نقص فى مبيعات الواقى الذكرى الخاصة.

السعر

وضع الأسعار لتدخلات تغيير السلوك تمثل خطوة حاسمة تؤثر على إذا ما كان المنتج سوف يكون مقبولاً ويتم استخدامه أم لا. تقرير الأسعار يتضمن إدارة كل من التكلفة النقدية والغير نقدية لقبول المنتج، بما فيها التكلفة الاجتماعية وتكلفة الوقت، والتكلفة المادية. قد تتجمع هذه الأنواع المختلفة من التكلفة لخلق موانع

ملموسة لاستخدام المنتج أو الخدمة أو قبول فكرة أو قيمة جديدة. يمكن استخدام الأبحاث التطبيقية لتمييز هذه التكاليف المختلفة لكل منتج وجمهور مستخدميه وقياسها ومن أجل إيجاد طرق للتغلب على هذه التكاليف لتحفيز قبول المنتج.

يستطيع السعر أيضًا أن يخدم كرمز للقيمة بالنسبة للمستخدمين المحتملين. فى بعض الحالات، السعر العالى مقارنة بمنتجات مماثلة قد يجذب المشترين الذين يفسرون ذلك السعر بأنه يعكس قيمة عالية. السعر المنخفض بالمثل قد يؤدى بالمستخدمين المحتملين إلى تجنب المنتج، خارج نطاق الظن فى القيمة المنخفضة. تحديد السعر النقدى عند الصفر، كمنتج مجانى، قد يخفض الموانع المالية أمام القدرة على الوصول إليه، ولكن ذلك قد ينتج عنه استخدام غير ضرورى أو إهدار للمنتج. وكما أشرنا فى مناقشتنا حول زر التحكم فى التمويل (الفصل الثامن)، يهتم الاقتصاديون بأن المنتج المجانى يمكنه تشجيع الإفراط غير الفعال فى الاستخدام بشكل يضر بالمخصصات. بكلمات أخرى، قد يستخدم الزبائن الخدمات الصحية المجانية حتى عندما تكون القيمة بالنسبة لهم أقل من تكلفة إنتاجها، مما يشير إلى أن مزيد من القيم قد تنتج إذا ما استخدمت هذه الموارد فى إنتاج بضائع أو خدمات أخرى فى الاقتصاد.

للأسعار وظيفة أخرى إلى جانب ذلك. فهى تؤثر على طبيعة العلاقات بين المريض ومقدم الخدمة. قد يشعر المرضى، حين يستخدمون الخدمات المجانية، بقلة الحيلة – مثلهم مثل من يتلقى هبة أو إحسانا. إلا أنهم كمشترين فهم يسيطرون على عملية التبادل ولديهم علاقة مختلفة مع الطبيب. الشهادات العشوائية تفترض أن مثل هذه المشاعر لقلة الحيلة، مصحوبة بحقيقة سوء جودة الخدمة، قد تقلل استعداد حتى الفقراء لاستخدام العيادات العامة فى بعض البلدان.

عند تقرير أسعار المنتج، يحتاج رجال السوق إلى التفكير فى أهدافهم والسوق الذين يجدون أنفسهم فيه. يتصل بوضع الأسعار ثلاث مصادر رئيسية للمعلومات: تقييم التكلفة المتضمنة فى المنتج، أسعار المنافسين لنفس المنتجات،

وحساسية السعر بالنسبة للجمهور المستهدف (كوتلر وروبرتو ١٩٨٩، ١٧٧). كل أنواع البيانات هذه تتطلب أبحاثا. والنتائج يجب عندئذ تجميعها بطرق تعكس الأهداف الكلية من التسعير ومرامى جهود تغيير السلوك.

عند تحديد أسعار جهود التسويق الاجتماعى، يجب أن يضع القائمون على الإصلاح فى حسبانهم الأهداف العريضة لسياسة التسعير. نايجل (١٩٨٧) يميز خمسة أهداف للتسعير، كلها تمت بصلة للأنواع المختلفة من جهود تغيير السلوك، وكل منها تؤدى إلى استراتيجيات تسعير مختلفة.

البلوغ بعدد الذين يقبلون المنتج إلى الحد الأقصى

إذا كان الهدف هو البلوغ بعدد الذين يقبلون منتجا اجتماعيًّا إلى الحد الأقصى، فمن ثم يمكن توفير المنتج أو الخدمة بسعر منخفض أو مجانا. تتضمن الأمثلة على ذلك التطعيم المجانى للأطفال، كما يتم عادة فى حملات التطعيم، والرعاية المجانية للأمهات ما قبل الولادة، كما جرى فى جنوب أفريقيا عام ١٩٩٤ مع الحكومة الجديدة بعد انهيار نظام الفصل العنصرى.

وكما أشرنا أعلاه، مع ذلك الخدمات أو المنتجات المجانية يمكن فى بعض الأحيان أن تخلق إحساسا بانخفاض الجودة، التى قد تشجع على عدم الاستخدام، ومن هنا تخفض مستوى قبول المنتج. وبشكل بديل، قد يشجع السعر المنخفض على الإفراط الغير ضرورى للاستخدام أو الإهدار، وبذا تظهر عدم الكفاءة. يحتاج القائمون بالإصلاح أيضا إلى التفكير فى السعر النهائى للمستهلك. قد لا تصل الخصومات على السعر المدعوم ماليا إلى المستهلك، حيث من الممكن أن يبيع الوسطاء وتجار التجزئة المنتج بسعره العادى، ويحتفظون بالخصم فى جيوبهم كجزء من أرباحهم (مانوف ١٩٨٥، ١٣٧). أيضا وكما أشرنا فى الفصول السابقة، ربما الخدمات المجانية اسما لا تكون مجانية فعليًا، فور ما نعتد بتكلفة التنقل

والوقت. والحاجة إلى المستلزمات التى يوفرها المريض، والنقود التى تدفع أسفل الطاولة. وهكذا، قد لا يستطيع القائمون على الإصلاح تخفيض الأسعار إلى الحد الذى يرغبونه، لو كان تعظيم الاستخدام هو الهدف.

الإنصاف الاجتماعي

لو كانت حملة لتغيير السلوك تسعى لتحقيق توزيع منصف، فمن ثم يستطيع القائمون على الإصلاح إقرار "هيكل متدرج للسعر" لنفس المنتج، حيث فئات الدخل الأعلى تدفع أكثر والفئات الأقل دخلاً تدفع أقل. أمثلة استراتيجية التسعير هذه تشمل الإجراءات الجراحية واستخدام أسلوب الاشتراكات الأولية فى التأمين الصحى القائمة على أساس الدخل. بعض مخططات التمويل المجتمعية تعطى أيضًا إعفاءات من الدفع لأفقر أعضاء الطائفة الاجتماعية. وكما ذكرنا فى الفصل الثامن، هذا النوع من التمييز فى الأسعار غالبًا ما يستخدمه الأطباء الممارسين الذين يعملون فى بيئة تفرض فيها رسم مقابل الخدمة، حيث يفرضون سعر أعلى على المرضى الأغنياء وسعرًا منخفضًا للمرضى الفقراء (وبذا يحققون زيادة فى القدرة على الوصول إلى الخدمة بالنسبة للفقراء وزيادة فى الدخل لمقدمى الخدمة).

يمكن استخدام هذه الاستراتيجية فى التسعير لتخفيض الموانع المالية أمام المرضى الفقراء، بينما تمنع الدعم المالى عن الأغنياء الذين يستطيعون الدفع مقابل الرعاية. ومع ذلك، يتطلب الهيكل المتدرج للسعر وسيلة لتحديد المكانة الاقتصادية للمشترين، وهو أمر قد يكون مكلف إداريًا وخاضع للمحسوبية والفساد. قد تكون معالجة هذه المشاكل أحيانًا فى إتباع استراتيجيات مبتكرة لاستهداف المنتج، مثل منح منتجات منخفضة السعر فى بعض المراكز الجغرافية حيث من غير المرجح ذهاب الزبائن الأغنياء إليها (كما يتم مع المنتجات الغذائية المدعومة ماليًا). أحد البدائل لذلك هو تنويع السعر مع مستوى الجودة للسماح بمنتج يحقق ما يفضله ذوى الدخل العالى من جودة عالية تبعدهم عن الخدمات الأقل جودة المدعومة مالية – كما يحدث مع المستويات المختلفة لأسرة المستشفيات بسنغافورة.

استرداد التكلفة

لو أن لاسترداد التكلفة من الزبون أولوية عالية، نستطيع اختيار "السعر الثابت" لاسترداد جزء مناسب من التكاليف. أحد الأمثلة على تلك الاستراتيجية هى السعر الموحد لزيارة مقدم الخدمة فى المستشفيات، بغض النظر عن مستوى دخل المريض، بوصفه رسم مقابل الخدمة لاسترداد بعض تكاليف التشغيل. فقد تم اعتماد رسم مقابل الخدمة فى العديد من إصلاحات القطاع الصحى للسماح لمنشآت القطاع العام الصحية باسترداد بعض من تكاليفها مباشرة من المرضى (إضافة إلى الموارد التى توفرها الحكومة). أحد صور التوتر التى تحدث غالبا هى بين تحديد نسبة استرداد تكلفة أعلى، بقصد ترقية فرص استدامة البرنامج، وبين نسبة استرداد تكلفة قليلة أو حتى صفر، من أجل تحقيق قبول أعظم للمنتج بين المستهلكين.

ومع ذلك، إدخال أسلوب رسم الخدمة يثير تساؤلات كبرى حول عواقبها على الفقراء، الذين سوف يحجمون عن استخدام الخدمات الصحية (مما يعكس مرونة السعر الخاصة بالطلب بالنسبة لفئات الدخل المختلفة). على سبيل المثال، فرض رسوم لمعالجة ناموسيات السرر بالمبيدات الحشرية (للوقاية من الملاريا) فى جامبيا خفض الاستخدام وزاد من معدلات الوفاة عما كانت عليه من قبل أثناء معالجة الناموسية مجانا (داليساندرو وآخرون ١٩٩٥). وأينما كان الإنصاف فى الاعتبار، جهود التسويق الاجتماعى يجب أن تحذر من فرض أسعار تتسبب فى انخفاض القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية بالنسبة للفقراء.

تحطيم الأسواق

رجال التسويق الاجتماعى بالنسبة لبعض أنواع المنتجات (مثل التبغ والكحوليات) يضعون "أسعارا باهظة" عن عمد من أجل تخفيض الاستخدام الذى يعتبر أمرا غير مرغوب فيه على أرضية مذهبى النفعية الوضعية أو النزعة المجتمعية. مثلا، استراتيجية التسعير هذه تستخدم عندما تفرض الحكومة ضرائب

عالية على المشروبات الكحولية والسجائر، بهدف تخفيض الاستهلاك، خصوصا لدى الفئات الحساسة أمام السعر مثل المراهقين. يمكن استخدام الأسعار العالية أيضا لتخفيض الطلب على الخدمات الطبية التي لا تسهم في هدف تعظيم الوضع الصحى إلى الحد الأقصى الممكن، مثل جراحات التجميل. مرة أخرى، قد تكون هناك هموم بشأن الإنصاف إذا ما كانت البضاعة عالية السعر باهظة أكثر بين الفقراء والفئات المنخفضة الدخل. مقترح ضريبة على السجائر في الصين سعى لمعالجة هذه القضية بتنويع الضريبة مع سعر السجائر (حيث إن أسعار أنواع السجائر المختلفة يختلف بشدة)، بدلا من فرض ضريبة ثابتة لكل نوع سجائر.

تعظيم الربح إلى الحد الأقصى

بينما استراتيجية التسعير لتعظيم الأرباح إلى الحد الأقصى غير مستخدمة بشكل شائع في المنتجات الاجتماعية، إلا أن المرء يستطيع تصور منظمة تقدم منتجًا اجتماعيًا وهو إعادة التأهيل بعد الامتناع عن تناول المخدرات، تسعى هي أيضًا إلى تعظيم أرباحها (كوتلر وروبرتو ١٩٨٩، ١٧٦-١٧٧). استراتيجية الاحتكار الكلاسيكية التي يمكن تبنيها في مثل هذه الحالات هي طلب ذو مرونة سعر لكل شريحة من السكان. كلما كانت شريحة السوق أقل حساسية لرفع الأسعار، كلما كان السعر الذي تواجهه أعلى. الشركات الخاصة غالبا، أينما تستطيع صنع ذلك بنجاح، تحاول إتباع هذه المقاربة. شركات المستحضرات الطبية المتعددة الجنسيات، على سبيل المثال، تضع أسعارا مختلفة لنفس المنتج في بلدان مختلفة، طبقا لظروف السوق ومستويات الدخل، من أجل تعظيم أرباحهم الكلية.

الترويج

بعد تحديدهم للمنتج والمكان والسعر، يجب أن يتناول القائمون على الإصلاح الصحى تاليا لذلك الترويج – نشر رسالتهم لتعبر إلى شرائح السوق المستهدفة. هم في حاجة إلى خطة ترويج واضحة. هدف الترويج هو تحفيز

احتمالية أن المستهلك سوف يقبل المنتج. تميز خطة الترويج عدد من الأنشطة النوعية والمواد التى سوف تساعد على تحقيق أهداف الحملة الكلية.

المهمة الأهم فى تصميم خطة الترويج هى تقرير محتوى الرسالة، وكيف تقدم الرسالة، وأى قنوات اتصال سوف تستخدمها. لخلق استراتيجية اتصال فعالة تصل إلى الجمهور المستهدف وتنتج التغيير المرغوب فى السلوك، يحتاج القائمون على الإصلاح إلى تجميع القرارات المسبقة حول المنتج والجمهور، وحول المكان الذى يصلون فيه إلى الجمهور، وسعر المنتج. هنا سوف نناقش بعض العناصر الحاسمة لهذه القرارات الثلاث الرئيسية.

رجال التسويق الاجتماعى نمطيًا يطورون رسائل متعددة حول منتج اجتماعى خصوصا من أجل الوصول إلى اقسام السوق المختلفة بالطريق الأكثر فعالية. من الممكن أن ينهل محتوى الرسالة من المعلومات حول الجوانب الأربع المختلفة للمنتج (كوتلر وروبرتو ١٩٨٩، ٢٢٥).

- السمات الفنية/المادية (الحجم، والوزن، والشكل، والصفات الأخرى الملحوظة)
- السمات الحسية (الصفات التى يستطيع الناس الشعور بها، وشمها والنظر إليها وسماعها وتذوقها)
- المنافع الوظيفية (كيف يساعد المنتج الجمهور المستهدف)
- المنافع الوجدانية/النفسية (ماذا يشعر الجمهور المستهدف نحو منافع المنتج لهم)

المهمة التالية فى تصميم خطة الترويج هى تقرير كيف يعرضون الرسالة. هنا التوجه نحو الزبون حاسم. يحتاج رجال الإصلاح إلى تعلم القاعدة الأساسية فى مهنة المبيعات: "لا تبيع ما تريده، بل تبيع ما يريده الناس" (كوتلر وروبرتو ١٩٨٩، ٢٢٧). فى تصميم الرسالة، رجال السوق ينصحون باستراتيجية "العاطفة يتبعها المنطق"، أو البدء بمنافع المنتج للمستهلك، ومن ثم الانتقال إلى سمات

المنتج. بناء ترتيب المعلومات فى الرسالة يعتمد على الجماعة المستهدفة النوعية واستجاباتهم لأنواع المعلومات المختلفة. لذلك، رجال الإصلاح يحتاجون إلى معرفة مستهلكيهم ورد فعلهم على المعلومات، والصور، والعواطف.

خبرات الحملات ضد التدخين يظهر حاجة الرسائل إلى أن تتميز بروح متفهمة ومتعاطفة وقابلة للتصديق لإقناع الناس بقبول إزعاج ومخاطر تغيير السلوك. بجمع العواطف والحقائق، تستطيع الرسالة الفعالة تصوير توابع تغيير السلوك. بعض من أكثر رسائل مكافحة التدخين فعالية أثارت عواطف سلبية قوية (الخوف، والحزن) بالتركيز على عواقب التدخين: "أحد [المدخنين] الذين ماتوا، واثنين من الذين فقدوا الحبال الصوتية نتيجة سرطان الحلق، وأخرى فيها طفل وليد معرض للتدخين السلبى يسعل بشدة ودون توقف" (بينر وآخرون ٢٠٠٠، ٤٠٦). هذا المثال يصور مرة أخرى أهمية الدراسة حول جماعات المستهلكين المستهدفين فى تصميم جهود تغيير السلوك وتقييم الأثر الباقى للتدخلات المختلفة.

الخطوة الثالثة فى خطة الترويج هى تقرير قنوات الاتصال. الاستراتيجيتان الرئيسيتان هما الإعلام الجماهيرى (أن تصل إلى جمهور مستهدف واسع) والاتصال الشخصى (أن تصل إلى الأفراد والجماعات الصغيرة من الجمهور). معظم برامج التسويق الاجتماعى تستخدم مزيج من هاتين المقاربتين. وحيث إن كلاً منهما يدعم الآخر، فهما عادة أكثر قوة حين يتم الجمع بينهما (كوتلر وروبرتو ١٩٨٩، ١٩٠). المقاربة الثالثة للاتصال، المعروفة باسم "الاتصال الانتقائى"، تتضمن التسويق المباشر والتسويق عن طريق التليفون (كوتلر وروبرتو ١٩٨٩، ٢١٢ حتى ٢٢٠). هذه المقاربة أقل صلة بإصلاح القطاع الصحى فى معظم البلدان الفقيرة الدخل. مستوى تعلم القراءة والكتابة المنخفض، وخدمات البريد العشوائية، والتوافر المحدود للخدمة التليفونية، خصوصا فى المناطق الفقيرة والريفية، كل ذلك يحد من جدوى مثل هذه الاستراتيجيات.

يواجه القائمون على الإصلاح الصحى، عند استخدام وسائل الاتصال الجماهيرى، اختيارين اثنين رئيسيين: بين التغطية المجانية والتغطية المدفوعة الثمن. تسمح التغطية مدفوعة الأجر (أى الإعلانات) للقائمين على الإصلاح بالتحكم فى محتوى الرسالة الإعلامية وتوقيت البث. قد تخفض قيود الميزانية فعالية هذه المقاربة، رغم أنه فى بعض الحالات قد يكون من الممكن الحصول على خدمات إعلانية للجمهور مجانا. الشكل الأكثر اعتيادًا للإعلام الحر يشمل تغطية وسائل الإعلام لرسائل التسويق الاجتماعى فى صورة مواضيع خبرية. وهو شكل لا يمكن الركون إليه ولا التحكم فيه مثل الإعلانات، ويخضع إلى إمكانية تشويه أو انحياز وسيلة الإعلام التى تستخدمه (مثلاً، فى الصحيفة تسيطر عليها المعارضة السياسية). ولكن من الممكن أن يكون هذا الشكل أيضا أكثر مصداقية للقراء من الإعلان، ونمطيًا أقل تكلفة بكثير.

عند العمل مع وسائل الإعلام الجماهيرية، من الهام تطوير "علاقات طيبة" بهم. يستطيع رجال الإصلاح بتجهيز المواد الإعلامية وعقد مقابلات مع المراسلين الإعلاميين، وضع إطار لمحتوى تقارير وسائل الإعلام. تتضمن هذه الجهود تجهيز نشرات صحفية (مطبوعة ومسموعة ومصورة)، وتنظيم مؤتمرات صحفية، وإجراء لقاءات فردية مع المراسلين الرئيسيين لمدهم بموجز سريع. أحد الطرق للحصول على تغطية مجانية من وسائل الإعلام هو تنظيم مناسبة اجتماعية توفر "مخلبًا" لاصطياد المراسلين حتى يكتبون المقالات وبذا يوجهون انتباه الرأى العام لرسالة بعينها. من الممكن أيضا استخدام برامج الإذاعة والتلفزيون لتقديم رسائل صحية موجهة لسلوك الأفراد. مثل حملة سائقى السيارات المخمورين فى الولايات المتحدة، التى ذكرناها أعلاه، التى ظهرت فى العديد من برامج هوليوود التلفزيونية.

النقطة الرئيسية فى الاتصال الشخصى هو تقديم الرسالة للأفراد المستهدفين بطريقة تحفز مصداقيتها والقدرة على القبول بها. وهذا يعنى اختيار "مكان" و"حامل رسالة" يمتلكان أثرًا باقيًا على الجماعة التى تسعى للوصول إليها.

افترض، مثلاً، أننا حددنا الحد من انتقال مرض الإيدز بين الأفراد كأولوية للإصلاح الصحى، لذا نريد زيادة نسبة الممارسات الجنسية الآمنة بين الشباب. وافترض، أيضًا، أبحاثنا أظهرت أنهم يخافون مثل هذا الاستخدام، حيث إن ذلك سوف يصمهم بأنهم على نحو ما لا يتصرفون برجولة. المناسبات الاجتماعية مثل الأحداث الرياضية (التى تؤدى لاجتذاب وسائل الإعلام لتغطيتها)، قد توفر فرصة طيبة للوصول لهذا الجمهور المستهدف. على سبيل المثال، نستطيع توزيع الواقيات الذكرية والمعلومات عن الجنس الآمن فى مباريات كرة القدم. يستطيع المرء أن يمضى فى تصوره حتى لأبعد، ويجعل اللاعبين أنفسهم يوزعون الواقيات الذكرية (معبأة فى علب بألوان زى الفريق الرياضى) – قل، عن طريق إلقاء العبوات على الجمهور – قبل بدء المباراة. من الممكن أيضًا أن يقوم أحد النجوم من اللاعبين بإلقاء كلمة قصيرة على الجمهور يتبنى فيها عملية التوزيع. بعد كل شىء، إذا كنت تحاول إقناع أحد الشباب بأن المرء يستطيع استعمال الواقى الذكرى ومع ذلك يظل محتفظًا برجولته وفحولته، أى شخص أفضل من ذلك لنقل هذه الرسالة؟.

سلطة الأنداد أو تنال الاحترام يمكنها أن تكون فعالة فى الوصول لجمهور معين – مقاربة معروفة باسم "البيع الشخصى". مثلاً، قد يكون أكثر فعالية أن يتكلم فتى مراهق مع زملاء مدرسته حول قضية العنف وحول استراتيجيات التفاوض أفضل من أن يفعل مدرسهم نفس الشىء. صناعة الترفية قد تستخدم أيضًا لتقديم رسائل صحية لجماعات معينة، بما فيها الأشكال التقليدية من الترفيه، مثل مسرح العرائس (الأراجوز) التى تتجول فى القرى بريف الهند عن مخاطر مضغ التبغ.

من الممكن أيضا استخدام "الجماعات الاجتماعية" فى تقديم آلية لكل من إدخال ودعم السلوكيات الجديدة، ولمساعدة الأفراد على الانتقال للعادات الجديدة. أمثلة هذه المقاربة تتضمن منظمات المرأة التى تروج للعلاج بمحاليل معالجة الجفاف، أو منع الحمل، إلى جانب مراكز العلاج من إدمان الخمور.

أحد الأمثلة على خطة الترويج القائمة على أساس الترفيه، كانت الحملة متعددة الوسائط عام ١٩٩٣ للترويج لتنظيم الأسرة فى مالى (كين وآخرون ١٩٩٨). وحد هذا المشروع المسرح التقليدى، والقوالب الموسيقية التقليدية، مع الأمثال الشعبية التقليدية فى اللغة المحلية والعادات الشائعة، مع البث الإذاعى والتلفزيونى. كان المستهدف هو تغيير المعرفة، والسلوكيات، والممارسات المتعلقة بمنع الحمل – لوصل القيم المحلية التقليدية بأساليب منع الحمل الجديدة. قدمت الرسائل النوعية معلومات حول وسائل منع الحمل الجديدة، وضرورة مسئولية الذكر الجنسية، والميزات الصحية والاقتصادية لتنظيم الأسرة، والحاجة للاتصال بين الأزواج، وأن الإسلام (الدين السائد فى مالى) لا يعارض تنظيم الأسرة. المقارنة التى عقدت بين الوضع قبل وبعد التدخلات، وجدت زيادة فى المعرفة والسلوكيات والاتجاهات المرغوبة وزيادة الممارسات المقررة ذاتيًا طبقًا للخطوط التى سعى إليها رجال التسويق الاجتماعى. استخلص المؤلفون أن الأثر الطويل المدى "قد يعتبر بشكل معقول أثرًا إيجابيًا وذا وزن ملموس" (كين وآخرون ١٩٩٨، ٣٢٠).

باعثات الانطلاق

الخطوة النهائية فى خطة الترويج هى تقرير الأفعال التى سوف "تطلق" حركة قبول المنتج. تشمل هذه الأفعال الباعثة للانطلاق أنواع مختلفة من الحوافز لإغراء المستهلك بقبول المنتج (كوتلر وروبرتو ١٩٨٩، ٢٤٠-٢٤١)، وقد يتضمن زر التحكم فى الدفع إلى جانب التحكم فى التنظيم. مثلاً، قد تكون الحوافز

نقودًا (الدفع نقدى)، المكانة الاجتماعية (جائزة أو ختم الإقرار)، أو شيئًا ما ماديا (جهاز راديو أو هدايا أخرى). أحد أساليب باعثات الانطلاق، هو تقديم "عينة مجانية" من المنتج أو الخدمة لحث المستهلك على تجربة المنتج. أسلوب آخر هو تنظيم "المسابقات" أو "اليانصيب" للأشخاص الذين يوافقون على قبول المنتج، مع منح جوائز بما فيها المال وسلع وخدمات مجانية. الأسلوب الثالث لبواعث الانطلاق هى خلق "برامج استمرار"، يجمع فيها الموافقون على إتباع البرنامج كوبونات فى كل مرة يستخدمون المنتج أو الخدمة، مع جائزة بعد عدد معين من مرات الاستخدام.

إرشادات شرطية

زر التحكم فى السلوك يمتلك إمكانيات ضمنية لمعالجة مشاكل الصحة العامة الصعبة بإنتاج تغييرات فى السلوك الفردى. أنماط السلوك الفردى تصوغ شكل استخدام الخدمات الصحية، تتضمن، مثلاً، القرارات بالذهاب مباشرة إلى المستشفيات الإقليمية، بدلاً من استخدام المراكز الصحية المحلية. والقرارات بالاعتماد على المداويين التقليديين، أو باعة العقاقير بدلا من البحث عن الرعاية من الأطباء المرخصين، والقرارات بتحاشى البحث عن الرعاية فى العيادات الخارجية حتى تصبح الحالة الطبية على هذه الدرجة من الخطورة الشديدة. ولهذه الأنماط أيضا أثرًا واسعا على استخدام (أو الاستخدام الضعيف) لخدمات هامة، مثل التطعيم ورعاية الحامل قبل الولادة، الوقاية من الأمراض المعدية إلى جانب الأمراض المزمنة. يعد زر التحكم هذا بتخفيض السلوكيات الفردية شديدة الخطورة، مثل التدخين، وقيادة المخمورين للسيارات، ويعد كذلك بترقية السلوكيات الوقائية، التى تتراوح من لبس الخوذات إلى غسيل الأيدى عند الأطباء.

أمثلة تغيير السلوك فى هذا الفصل تصور كيف أن زر التحكم هذا لا يتضمن ببساطة مجرد بيع منتج أو إعادة تصميمه من أجل بيعه. يتطلب زر التحكم فى السلوك عملية دورية التكرار لاكتشاف قيم الجمهور المستهدف، وخلق سلع، وخدمات كصدى لهذه القيم، وتقييم أثر الاستراتيجيات المصممة لتحفيز قبول المنتج. مثال: تشجيع الفلاحين على استخدام ناموسيات السرر المعالجة بالمبيدات الحشرية للوقاية من الملاريا فى ريف تنزانيا، تظهر كيف أن هذه المقاربة من الممكن تطبيقها بفعالية فى الواقع العملى على مجال واسع (شيلينبرج وآخرون ٢٠٠١).

أحد الأمثلة على استخدام مقاربات تغيير السلوك لتحسين أداء النظام الصحى هى مشروع تقديم خدمات صحية محسنة فى أوغندا. استخدم المشروع عديد من الأساليب الفنية التى نوقشت فى هذا الفصل لتغيير السلوكيات، التى يمكن لها أن تسهم فى أداء محسن للنظام الصحى، خصوصا صحة المرأة والطفل (مشروع الخدمات الصحية المحسنة ٢٠٠١). سعى المشروع لتحسين لتحسين الأداء من خلال سلسلة من "أحسن الممارسات"، شاملة تقديم خدمات الصحة الإنجابية المتكاملة، وتقديم محطة واحدة للتسوق فى مقاربة تتوجه للزبون، وإقامة مناسبات اجتماعية قليلة التكلفة، يتم تسجيلها وإذاعتها كبرامج إذاعية، لخلق جمهور أوسع لرسائل المشروع. وبينما لا يشمل المشروع كامل النظام الصحية فى أهدافه، يقدم مشروع الخدمات الصحية المحسنة عديد من الأمثلة على كيف أن مقاربات تغيير السلوك يمكن تطبيقها بنجاح، لتحقيق تحسينات ملموسة، خصوصا فى المعايير الجوهرية لقياس الوضع الصحى ورضاء العملاء.

الجدول ١٢.٤ مشاكل وتحديات التسويق الاجتماعي

مشاكل تحليل السوق: القائمون بالتسويق الاجتماعي

متاح لديهم بيانات أولية محدودة حول المستهلكين المستهدفين.
لديهم صعوبة في الحصول على مقاييس سليمة يعتمد عليها للمتغيرات الشاذة.
لديهم صعوبة في فرز النفوذ النسبي للمحددات، التي تم التعرف عليها لسلوك المستهلك.
لديهم صعوبة في الحصول على أحدث الدراسات البحثية عن المستهلك المموّلة والمعترف بها والتامة .

مشاكل تقسيم السوق إلى شرائح: القائمون بالتسويق الاجتماعي

يواجهون ضغوطا ضد تقسيم الجمهور إلى شرائح، خصوصًا عندما يؤدى التقسيم إلى تجاهل بعض الشرائح.
ليس لديهم في أحيان متكررة بيانات سلوكية دقيقة لاستخدامها في تقسيم الشرائح.
يستهدفون غالبًا المستهلكين المتأثرين سلبًا بالتغييرات المقترحة .

مشاكل استراتيجية المنتج: القائمون بالتسويق الاجتماعى

يميلون إلى اكتساب مرونة محدودة في تشكيل منتجهم أو عروضهم
لديهم صعوبة في صياغة مفاهيم المنتج.
لديهم صعوبة في انتقاء وتنفيذ استراتيجيات اتخاذ المواقف للمدى الطويل .

مشاكل استراتيجيات التسعير: القائمون بالتسويق الاجتماعي

يكتشفون أن تطوير استراتيجية للتسعير يتضمن أوليًا محاولة تخفيض التكلفة النقدية والنفسية والمجهود والوقت، التي يتكبدها المستهلك عندما ينخرط فى السلوك الاجتماعى المرغوب.
لديهم صعوبة في قياس أسعارهم.
يميلون إلى كونهم يملكون سيطرة محدودة على تكلفة المستهلك .

مشاكل استراتيجية القنوات:

لديهم صعوبة في استخدام وسائط الاتصال المرغوبة والتحكم فيها .

مشاكل استراتيجة الاتصال:

يكتشفون عادة أن من غير الممكن استخدام الإعلانات مدفوعة الأجر .
يواجهون غالبًا ضغوطا بعدم استخدام أنواع معينة من النداءات في رسائلهم.
يلزمون عادة بتوصيل كميات من المعلومات كبيرة نسبيًا في رسائلهم.
لديهم صعوبة في توصيل اختبارات قبلية ذات مغزى في الرسائل.

المصدر: بلوم ونوفيلى، ١٩٨١

إلا أن تغيير السلوك ليس عصا سحرية. أساليب التسويق الاجتماعى تقدم كلا من المشاكل وتحديات، خصوصًا عند مقارنتها بالتسويق التجارى التقليدى. توجد قائمة ببعض المصاعب فى الجدول ١٢,٤.

حدود جهود تغيير السلوك

يدرك الباحثون المهتمون بقضايا تغيير السلوك يومًا بعد يوم أن البيئات الاجتماعية والثقافية، تؤثر على قرارات الأفراد، خصوصًا فيما يتعلق بالسلوكيات الصحية المعقدة التى تشمل أمورًا حميمية مثل العلاقات الجنسية (جرين ٢٠٠٣). جهود تطوير برامج وقاية فعالة من مرض الإيدز، استجابت لهذه الحقيقة المدركة بالتشديد على أهمية تصميم تدخلات ملائمة ثقافيًا تكون مقبولة، ومدعومة بالطوائف الثقافية الخاصة (سويت ودنسيون ١٩٩٥). ولكن هذه العناصر الثقافية الدفينة تثير قضايا خطيرة حول محدودية جهود تغيير السلوك، التى يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى الاعتراف بها.

يحتاج صناع السياسات فى مجال الصحة العامة إلى إدراك أن من الصعوبة بمكان استخدام زر التحكم فى السلوك لتغيير قيم أساسية للجمهور المستهدف، فضلاً عن تغيير سلوكه. تعلم القائمون بالدعاية والإعلان من القطاع الخاص قدر صعوبة تغيير قيم الناس الأساسية، وأدى ذلك بهم إلى التركيز بدلاً من ذلك على التعرف على وتحديد ما يفضلونه، وتصميم المنتج للاتصال بالقيم القائمة فعلاً. فعليًا، محاولة تغيير القيم الأساسية يمكنه تدمير الفعالية النهائية لحملة التسويق الاجتماعى. قد يكون الأمر أن إقرار منتج جديد قد يؤدى إلى تغيير اجتماعى أوسع، وهو الموقف الذى دافع عنه استخدام حبوب منع الحمل فى المجتمع الأمريكى. ولكن التغييرات الاجتماعية الأوسع يجب أن تحدث غالبا فى أوقات التحولات التاريخية المتعددة، وهو ما يجعل من الصعوبة استخراج صلات واضحة من الأسباب التى أدت لاختلافات فى السلوكيات الفردية النوعية.

أساتذة الصحة العامة، حتى وبينما هم يركزون على السلوك. يمتلكون ميلاً لتناول تغيير السلوك من منظور ينطلق من التخصص أو المنتج ("نحن نعرف ما يريدونه هم") بدلاً من السعى لفهم احتياجات المستهلك، والاستجابة لها (لوفبر وفلورا ١٩٨٨، ٣٠٢). يعكس هذا النمط انحيازًا لثقافة الطب التقليدية، بتشديدها الضعيف على النفسية، وميلها نحو العجرفة المهنية. المقاربة التى تنطلق من منظور التخصص لتغيير السلوك، فى علاقته بمشاريع المساعدة الدولية، قد يؤدى أيضًا إلى تعديل السلوكيات "المحلية". وهذا يمكنه إحداث انكماش القبول للإصلاحات، وبسبب نقص العلم بالظروف المحلية، يؤدى إلى برامج لا ترتقى فعليًا بتحسين أحوال الجماعات المستهدفة. البرامج السكانية على الأخص يوجه لها الانتقاد بسبب هذه المشاكل. تم الترويج لعمليات التعقيم ما بعد الولادة، مثلاً، للنساء وهن فى أقل وضع يستطعن فيه اتخاذ قرار حقيقى بالاختيار، وعديد من هؤلاء النسوة أبدين الندم فيما بعد على قرارهن هذا.

الجهود التى تنطلق من منظور التخصص غالبًا ما تتجاهل الأساليب الأساسية، التى تتمحور حول المستهلك للتسويق الاجتماعى، وبالتالى فهى غالبًا ما تهمل إجراء أبحاثًا كافية بين المستهلكين لتصميم برنامجًا فعالاً لتغيير السلوك. يميل هذا المنظور أيضًا إلى التقليل من شأن أهمية "الاختبار القبلى.. الأفكار، الرسائل الأساليب مع ممثلى الجماعة، أو الجماعات المستهدفة قبل التنفيذ" (لوفبر وفلورا ١٩٨٨، ٣٠٤). متطلبات "معرفة الزبون" (باستخدام كلٍ من الأساليب الكمية والكيفية) لا يمكن التضخيم من شأنها فى جهود استخدام تغيير السلوك فى الإصلاح الصحى.

أخلاقيات برامج تغيير السلوك

استخدام زر التحكم فى تغيير السلوك تثير عدد من القضايا الأخلاقية. أول هذه الهموم، هى الموازنة بين ما تمليه البدائل الأخلاقية. افترض ممارسة ثقافية تقليدية تؤدى إلى انخفاض الوضع الصحى – مثل عدم ذهاب الفتيات إلى المدارس.

قد يبدو ذلك هدفا جليًا لحملة تسويق اجتماعى. ولكن هذه القضية تنطوى أيضًا على صدام محتمل بين اهتمامات الفعالية عند النفعية الوضعية، والاحترام النسبى لاعتبارات التقاليد عند المنادين بالنظرة المجتمعية. تثور نفس القضايا فيما يتعلق بأنماط الرضاعة التى تفضل المواليد الذكور، أو طهارة الإناث. بوصفنا ليبراليون ينادون بالمساواة، نحن نرى حماية حد أدنى من الفرص أكثر أهمية من الحفاظ على ممارسات اجتماعية من الماضى – ولكن هذا هو ما نراه نحن فقط. نحن ندرك أنه توجد قضايا صادقة هنا، وأن القائمين على الإصلاح الصحى قد يواجهون اختلافات جدية حول مثل هذه المسائل عندما يستخدمون زر التحكم هذا.

بمعنى من المعانى، كما فى كل تجارب الإصلاح، تثير هذه القضايا الأخلاقية تساؤلات أساسية حول عملية الإصلاح. دائمًا ما يثير أى جدل خلافى حول عواقب طبيعة الإجراءات المتخذة مخاطرة كون هذا الخلاف يصبح من الأساس غير سليم علميًا، أو حدوث آثار جانبية غير متوقعة وغير مرغوبة. على سبيل المثال، بعض حملات الترويج الصحية قد لا تمتلك دليلاً علميًا جيدًا يدعم التغييرات المقترحة فى أسلوب الحياة، مثل بعض التغييرات فى أنواع الطعام داخل الوجبات. فى حالات أخرى، قد تؤيد بعض حملات التسويق الاجتماعى عن غير قصد قيم معينة تستطيع تدمير أهداف الصحة العامة فى المدى الطويل. مثلاً، استخدام صورة تشخيصية ممثلة للنوع لبيع الواقى الذكرى – مبنية على أساس صورة تشخيصية للرجل الفحل – من الممكن لها أن تدعم علاقات قوة غير متوازنة بين الرجل والمرأة، وبذا تساعد على نسف برامج الوقاية من الإيدز. هذه الجهود تثير تساؤلات خطيرة حول من يقرر أى سلوك هو المرغوب، أو شرعى، وأى سلوك غير مرغوب، ومن يقرر تلك القرارات التى تتناسب تمامًا مع القيم الاجتماعية الأوسع حول العمليات الديموقراطية، وسيطرة المجتمع (فيتسباتريك ٢٠٠١).

تشمل القضية الأخلاقية الثانية إلى أى مدى تستطيع الدولة أن تذهب إليه، وكم قدر الجبر فى التنفيذ تستطيع الحكومات القيام به، فور ما تحدد السلوكيات التى تعتقد وجوب تغييرها. نحن نعتقد أن درجة الجبر فى التنفيذ التى تكون مبررة تعتمد جزئيًا على طبيعة المشكلة، وقيم المجتمع. قد يكون الجبر التنفيذى أكثر قبولاً بالنسبة للسلوكيات التى تتضمن أذى للآخرين (مثل سلوك جنسى دون حماية بواسطة شخص يعرف أنه مريض إيدز إيجابى)، يتضمن جلب الضرر للنفس (مثلاً، قرار راكب دراجة نارية ألا يستخدم خوذة)، أو السلوكيات التى تتضمن تكلفة مالية على المجتمع (مثلا، التكاليف الصحية لأمراض تنتج عن تدخين التبغ). كشأن مستمد من الملاحظة أو التجربة المعملية، السلوكيات التى تستثير استهجانًا ثقافيًا (على سبيل المثال، المثلية الجنسية أو شرب الخمر فى بعض المجتمعات) من المرجح أن يتم التعامل معها بطريقة أكثر جبرية. تتردد بعض المجتمعات أيضًا فى استخدام أساليب جبرية بالنسبة للسلوكيات الحميمة (مثل استخدام الواقى الذكرى) على عكس السلوكيات العامة (أحزمة الأمان فى السيارات) (شتاينبوك ١٩٩٩). هنا مرة أخرى مجموعة من القضايا التى يحتاج القائمون على الإصلاح مواجهتها بنزاهة.

استخدام الحوافز للترويج لتغييرات سلوكية معينة تثير أيضًا عددًا من التساؤلات الأخلاقية حول التنفيذ الجبرى. على الأخص، أى مستوى من الحوافز فى خطة الترويج تعتبر جبرية؟ بعض الناس يجادلون بأن أى استخدام للحوافز هو إجراء قسرى. يدافع الآخرون عن موقف يقول بأنه إذا كانت الحوافز تؤدى إلى لإقناع شخص ما لقبول سلوك كان سوف لا يفعله دون ذلك (مثل تعقيم الرجال بربط قنوات الخصية، من أجل تلقى راديو بصفة حوافز)، فمن ثم هذه المنحة إجراء جبرى، وأخلاقيًا غير صحيحة. المنطق المقابل – من وجهة نظر نفعية ذاتية – هو أن لا أحد يتم "إجباره" لقبول راديو. إذا كان التبادل فى غير مصلحة المتلقى، فهو لن يقبل المقايضة. سؤال ما إذا كان الاختيار حرًا فعلاً، بالطبع، هو سؤال محورى فى وجهة النظر هذه.

في العموم، درجة الإجبار التى تعتبر مبررة تقدرها وجهة نظر القائم بالإصلاح الفلسفية. المنظور الأكثر إجبارًا، هو المنظور النفعى الوضعى. فهم ينظرون إلى الدرجة العالية من الإجبار، كإجراء مبرر فى السعى إلى تغيير السلوكيات الفردية لو كانت هذه السلوكيات ضارة جدًا بالوضع الصحى،. باختصار. الغايات (الصحة الأفضل) تبرر الوسائل (الإجبار لتغيير السلوك). سوف يفضل النفعى الوضعى استخدام تدخلات أكثر جبرية، مثل الأحكام التنظيمية وحظر سلوكيات معينة، إضافة جانب الحجر (أو العزل) للأشخاص المعاندين، طالما المقاربة سوف تحسن مجموع الصحة.

من الناحية الأخرى. سوف يعارض الشخص الليبرالى جهودًا تفضى إلى الحد من الاستقلال الذاتى الفردى، حتى ولو كان الاحترام للأفراد ينتج عنه سلوكيات ضارة بالصحة. ولكن الليبراليين لن يعارضوا توفير معلومات، طالما الاستقلال الذاتى للاختيار الفردى ينال الاحترام. المشكلة هى أن توفير المعلومات وحده يميل إلى كونه غير ذات فعالية فى تغيير السلوكيات الشخصية المحفورة بعمق، والتى تهم الصحة العامة (مثل الممارسات الجنسية، واختيار مقدم الخدمة، وعادات استخدام المياه، والقرارات حول العلاج الدوائى). على النقيض من الليبراليين، سوف يقبل أصحاب المذهب المجتمعى مقاربات تغيير السلوك لإقناع مقدمى الخدمة، والمستهلكين للالتزام بقيم المجتمع، ولسوف يوافقون على استخدام أساليب أكثر إجبارًا لتغيير السلوكيات التى تنتهك التوقعات الثقافية.

هذه الاختلافات حول دور الإجبار، طبقًا للمواقف الفلسفية، تعكس أحد الأسئلة الأخلاقية المحورية فى الصحة العامة: كم قدر، وأى نوع من الإجبار مبرر فى السعى لتغيير السلوك الفردى من أجل الأهداف الجماعية؟ تصور هذه المناقشة لتغيير السلوك أهمية التأملات والتحليلات الأخلاقية بالنسبة للقائمين بالإصلاح الصحى الذين يستخدمون زر التحكم فى السلوك.

تغيير السلوك والإنصاف

تمتلك جوانب الإنصاف أهمية خاصة لأخلاقيات جهود تغيير السلوك. نحن نرى قضيتين كبريتين هنا. الأولى لها علاقة بأخلاقيات الحوافز التى ناقشناها توّا. فى العموم، من المرجح بشدة تأثر الأفراد الفقراء بالحوافز أكثر من أولئك ذوى مستويات الدخل الأعلى. على الأرجح امرأة فقيرة من القبائل فى الهند سوف تقبل إجراء عملية تعقيم فى مقابل السارى الهندى (ثوب النساء التقليدى) أكثر من قرينتها من الطبقة الوسطى، حتى وهما الاثنتان يمتلكان "حرية" الاختيار. ماذا نستطيع أن نرى فى ذلك؟.

أحد المواقف الدفاعية التى تنال الإعجاب تقول بأن الحوافز التى تعتمد على المنح، أو المنع لحق من حقوق الإنسان الأساسية، هى حوافز جبرية غير مشروعة (نوتسيك ١٩٧٤). لو قلت لك، "تستطيع الاختيار بين التعقيم أو العبودية"، إذًا أنا أقهرك بكل وضوح. نحن نؤمن بقيام تماثل هنا بين هذا المثال، والحوافز المالية ذات الوزن الممنوحة للناس الذى لا يسمح لهم مستواهم الاقتصادى الأساسى بمدى رحب من الفرص. مثل هذه الحوافز على نفس الشاكلة شكل من أشكال القهر. فهى تشكل منحة ليس للفرد واقعيًا طاقة على رفضها. وللمفارقة، من ثم، الحوافز المقدمة للفقراء يجب أن تكون صغيرة بالقدر الذى يجعل رفضها ممكنًا إذا ما أردنا تجنب مشكلة القهر، وحتى تصبح مقبولة أخلاقيًا. (بالطبع، مشكلة الإنصاف الأعمق هى فقر الفئات المستهدفة حتى نبدأ بها. ولكن ليس من الميسور التعامل مع قضية الفقر من داخل سياق إصلاح القطاع الصحى).

القضية الأخلاقية الثانية تشمل ضعف الفئات المهمشة ثقافيًا بالنسبة لجهود تغيير السلوك. مرة أخرى، أشرنا أعلاه إلى اهتمام اصحاب النزعة المجتمعية المتعلق بالنسبية بأن جهود الصحة العامة المدفوعة بمهنية المتخصصين، سوف تصطدم بوحشية بالممارسات التقليدية. فى أنحاء العالم، تبدو الفئات المهمشة على

نحو خاص ضعيفة أمام مثل هذه الجهود لأنها تفتقد القوة السياسية لحماية أنفسهم وثقافتهم (مثل أقليات الروما فى شرق أوروبا أو المايا فى المكسيك). الصعوبة هنا هى أن مثل هذه الجماعات قد تحافظ أيضًا على استمرار ممارسات ثقافية، لها عواقبها الصحية الضارة بشكل ملموس (فونيسكا ١٩٩٦)، ومن هنا تفرض تساؤلات أخلاقية حادة حول حدود تدخلات تغيير السلوك.

الملخص

فى ختام هذا الفصل، نريد تحديد ثلاث نقاط. الأول، تغيير السلوك الفردى أمر حاسم لنجاح تنفيذ خطط الإصلاح الصحى. إلا أن لزر التحكم فى السلوك حدود لفاعليته ومن هنا نحتاج لاستخدامه بالاشتراك مع تغييرات أخرى فى النظام الصحى فى التمويل، والدفع، والهيكل التنظيمى، والأحكام التنظيمية من أجل تحقيق التحسينات المرغوبة فى أداء النظام الصحى.

النقطة الثانية، هى أن زر التحكم هذا يسعى لتغيير السلوك الفردى، ولكن لا يبحث عن تغيير البنية الاجتماعية، ولا ديناميكيات السلطة فى سياسات الصحة العامة. إلا أن أساليب التسويق تصبح رغم هذا حاسمة فى الجدل حول السياسات العامة، وفى تشكيل الوعى العام لطبيعة المشاكل الاجتماعية، وسياسات الحلول الملائمة، وفى التأثير على قابلية السياسات المقترحة للقبول. (تعاملنا مع هذه القضايا فى الفصل الرابع حول الاستراتيجيات السياسية). ولكن من الممكن أن تكون العديد من الدروس التى ناقشناها فى هذا الفصل عونًا للقائمين على الإصلاح فى إدارة السياق السياسى.

النقطة الثالثة، هى أن تفعيل تغيير السلوك يطلب من القائمين على الإصلاح الصحى حشد وتعبئة مستوى عال من الالتزام، وخبرة تسويقية كبيرة. لم يتم بعد التحديد الكافى للشروط التى ينتج التسويق الاجتماعى من خلالها تغييرًا فى السلوك

الصحى (والش وآخرون ١٩٩٣، ١١٥-١١٦). على الأخص، نحتاج إلى دراسات إضافية حول أنواع مقاربات تغيير السلوك التى تناسب أفضل ما يكون الإصلاح الصحى والشروط التى من المرجح بشدة أن تنجح فى ظلها هذه المقاربات. لكن تتوافر أدلة كافية لتقترح أن الجهود سيئة التخطيط أو التنفيذ، والتى تتجاهل الدروس التى قمنا بمراجعتها توّا، من غير المرجح أن تساهم بالكثير فى إصلاح صحى ناجح.

خاتمة

فى الفصول السابقة، قدمنا مجموعة أدوات ومفاهيم نعتقد أنها سوف تساعد القائمين على الإصلاح الصحى على أن يكونوا أكثر فعالية فى كل فى بلده الخاص. تجنبنا تقديم روشتة خاصة، ولكن بدلاً من ذلك قدمنا إرشادًا أكثر عمومية عن فن وعلم كيف "تجهز وليمة" إصلاح. نحن نأمل، مع التسليم بهذه المهارات، أن القارئ سوف يمضى من الآن قدمًا فى تطوير روشتاتهم الخاصة، تلك الروشتات التى سوف تناسب ظروفهم المحلية، والتزاماتهم الأخلاقية الخاصة. ولقد سعينا أيضًا إلى أن نتحلى بالشفافية فيما يخص آرائنا الفلسفية، والعلمية الخاصة، حتى يستطيع القارئ وزن عروضنا وما نقدمه ويستطيع إضافة "حبة ملح" أينما يجد ذلك ضروريًا.

وقد تناولنا مرارًا حقيقة أن الإصلاح الصحى الحقيقى هو ليس مهمة سهلة. لجماعات المصالح، والأحزاب السياسية، والمؤسسات البيروقراطية أولويات مختلفة وتفضل سياسات مختلفة. سوف تقاوم القوى المتصلبة التغيير. تعقيد النظم الصحية يعنى أن أى سياسة تقريبًا سوف تنتج على الأرجح عواقب غير مقصودة. سوف يؤثر أيضًا عدم الاستقرار الاقتصادى والاضطراب السياسى والتطورات الاجتماعية والثقافية على ما يبدو ممكنًا أو ضروريًا. فعليًا، لا يوجد طريق وحيد للحصول على إصلاح صحى "حقيقى"، لذلك كان ما نقدمه من إرشادات دائمًا "مشروطا" بالعديد من العوامل.

مع ذلك، نحن نعتقد أيضًا أن من الممكن صنع الامور بشكل مختلف – وأفضل – مما تؤدى به الأمور الآن غالبًا. التحليل النزيه الناقد للذات من الممكن له أن يساعد القائمين على الإصلاح، لتحسين نتائج إصلاح القطاع الصحى.

المفاهيم والأساليب التى عرضناها – دورة السياسة، إطار العمل الأخلاقى، معايير نوعية للأداء، التحليل السياسى، شجرة التشخيص، أزرار التحكم – تم تصميمها للمساهمة فى مثل هذا التحليل. توفر هذه المفاهيم والأساليب إطار لتنظيم العمل، واستكشاف الأسباب، وتوليد وتقييم الاختيارات. هذه المفاهيم والأساليب بشكل واضح لا تنفذ تلقائيًا – ولكننا نعتقد أنها سوف تكون ذات عون.

التحليل المقدم فى هذا الكتاب يعتمد على سلسلة من الافتراضات النقدية حول بنية ووظائف نظم الرعاية الصحية، وحول عمليات إصلاح القطاع الصحى. فى هذا الفصل الختامى، سوف نقدم هذه الافتراضات ونناقش تبعاتها على عملية الإصلاح. وتاليًا سوف نراجع بعض الدروس الكبيرة من المجلد الثانى حول أزرار التحكم.

- **النظم الصحية هى كيانات اجتماع-اقتصادية معقدة ارتقت وتطورت لتناسب أهداف مختلفة، وغالبًا متضاربة.** ترتيبات القطاع الصحى المنزرعة تاريخيًا غالبا ما تنتج سياسات غير منسجمة وهياكل متناقضة ذاتيًا. مثل طبقات الصخر المتنوعة التى تحدد تشكيل جيولوجى ما، عصور مختلفة من عمل السياسات مثلت غالبا منتجًا لقوى سياسية متنوعة، انتقلت إلى النظام الصحى من اتجاهات مختلفة. استولت جماعات المصالح غالبًا على مؤسسات وأجزاء من النظام الصحى ولوت أعناقها نحو أغراضها الخاصة. لذلك، ليس من المستغرب أن النظام الصحى لا يحقق الحد الأقصى من بعض الوظائف البسيطة النوعية الموضوعية.
- **ورغم هذا التعقيد، يمكن تعديل النتائج، التى يحققها النظام الصحى فى أمة للأحسن بسياسة عامة حسنة التصميم والتنفيذ.** فى السنوات الأخيرة، ساعدت الأبحاث على توضيح كيف أن هيكل النظام الصحى يمكن تغييره من خلال أعمال عمدا، والأثر الطويل المدى، الذى قد تحدثه التغييرات المتنوعة. قمنا بتلخيص هذه المتغيرات تحت عناوين أزرار التحكم الخمس التى صنعناها، وجسم الأدلة الذى يظهر يمثل الأسس العلمية لإصلاح القطاع الصحى. إلا أن تفاصيل أى مقترح إصلاح وكيف نطرحه للممارسة، هى أمور حاسمة للنتائج التى تحققها.

- **تصميم حزمة إصلاحات فعالة يتطلب فهما عميقًا للنظام المحدد الذى يتم إصلاحه.** لقد شددنا مرارا على أن أى نظام صحى يمكن فهمه من خلال مزيج من التحليلات مختلفة الأنواع. ولكن تحقيق مثل هذا الفهم ليس سهلاً، وتقرير كيف نتصرف، بناءً على مثل هذه الرؤية، قد يكون حتى مهمة أصعب. عملية التشخيص التى وصفناها فى الكتاب، تصبح عملية حاسمة للقيام بمبادرات إصلاحية ناجحة. مثل هذه العملية فى حاجة لاختراق المحرمات وطقوس التفكير إذا ما كان لها أن تعرى البنية الحقيقية للأوضاع. وبينما تستطيع الخبرة الدولية أن تكون عونًا لهذه العملية، معرفة الظروف، والعادات والقدرات والاتجاهات المحلية لا غنى عنها بنفس القدر.
- **فشل الانخراط فى إصلاحات مصممة لتحسين المخرجات، على الرغم من أننا نستطيع فهم أسبابه، لن يؤدى إلا إلى دوام سوء أداء النظام الصحى.** كثيرون فى النظام الصحى لا يريدون واقعيًا تغيير النظام لتحسين أدائه. بدلاً من ذلك، هم يريدون زيادة دخلهم، أو اكتساب سلطة سياسية، أو جنى فوائد لدوائرهم الانتخابية – بكلمات أخرى، إنهم يريدون حماية مصالحهم الخاصة. فى الوقت الذى نستطيع فيه نفهم مثل هذه الدوافع، فهى تعمل على دوام نظام لا يحقق المستويات المرغوبة من الأداء. مع التسليم بهذه المعارضة، المنادون بالتغيير يجب أن يستعدوا غالبًا لتكريس جهد عظيم، وتحمل مخاطر ذات وزن شخصية ومهنية، إذا ما أرادوا النجاح فى عملية الإصلاح.

المهمات الحرجة

إذًا، كيف يجب أن يتجه القائمون على الإصلاح نحو إخراج إصلاح فاعل؟ نصيحتنا تضرب بجذورها فى دورة الإصلاح الصحى، التى عرضناها فى أوائل هذا المجلد. فهى تقدم سبيلاً لتمييز المهمات الحرجة، التى يحتاج القائمون على الإصلاح الاضطلاع بها، وبعض توجيهات عن علاقتها ببعضها البعض.

وضح أهدافك

الإصلاح الصحى ليس مجاله حل مجموعة واحدة من المشاكل واضحة المعالم. بدلاً من ذلك، الإصلاح الصحى يمثل عملية معقدة مورطة، غالبًا ما تأتى كمبادرة تستجيب لبعض الصدمات الخارجية. نمطيًا سوف يقوم كثير من الاختلاف – ليس فقط حول الإجابة، ولكن حتى حول السؤال نفسه. لذلك، إذا ما كان القائمون على الإصلاح سوف يتوجهون لتحسين أداء نظامهم الصحى، فالنصيحة الموجه لهم، هى البدء "بتوضيح أهدافهم".

عبر هذا الكتاب شددنا على إننا يجب أن ننظر إلى النظام الصحى بوصفه وسيلة وليس غاية، وقدمنا أهداف الأداء، ومقاييس وسيطة للأداء (الفصل الخامس والسادس) كطريقة لتوصيف هذه الغايات. وشددنا أيضًا على أن النظريات الأخلاقية المختلفة (المعروضة فى الفصل الثالث) سوف تؤدى إلى أولويات مختلفة بالنسبة لهذه الأهداف. الحفاظ على استمرار تقديم الخدمة الصحية للفقراء أكثر أهمية للمجتمعات الليبرالية المنادية بالمساواة، مثل السويد أو الدنمرك منها فى المجتمعات ذات النزعة التحررية الفردية، كما فى الولايات المتحدة الأمريكية. وتحت نفس الشعار، سنغافورة أكثر استعدادًا بكثير لإجبار مواطنيها، بناءً على تحليل من منطلق تخصصى لما سوف يحسن صحتهم، مما سوف يكون مقبولاً فى الولايات المتحدة، أو الاتحاد الأوروبى.

وحيث إن دورة الإصلاح الصحى غالبًا ما تبدأ كاستجابة لصدمة خارجية، يجب أن يدرك القائمون على الإصلاح كيف يتم تعريف "المشكلة" فى ميدان الرأى العام، خصوصًا عند وسائل الإعلام والدوائر السياسية. سوف يتم الترويج لتعريفات متباينة غالبًا بواسطة مصالح اقتصادية، أو بيروقراطية نوعية. الأطباء سوف يحرضون من أجل الحصول على دخول أعلى، صناديق الضمان الاجتماعى سوف تطلب زيادة الدعم المالي، وزارة المالية سوف تشير إلى الهادر وانعدام الكفاءة القائم.

يحتاج مسئولو الإصلاح الصحى، ليس القبول ببساطة بأى من هذه التعريفات، وإنما إلى صياغة تعريفهم الخاص للمشكلة، بناء على الأولويات التى يضعونها والأهداف، التى يحددونها. هم يحتاجون إلى صياغة منطوق لمنظورهم، والترويج له فى عالم السياسة المختلط للجدل حول السياسات. لقد دافعنا فى النقاش عن موقف ينادى بأن مسئولى الإصلاح يستطيعون أداء هذه المهمة بأحسن ما يمكن – بوضوح وتماسك – بواسطة نسبة أهدافهم للأداء لموقفهم الأخلاقى الخاص دون لبس.

يكتسب توضيح الأهداف أهمية خاصة لأن الأهداف المختلفة على الأرجح سوف تملى سياسات مختلفة. من الممكن لتركيز الخدمات العالية التكنولوجية فى منشأة قومية (مثل معهد القلب القومى فى كوالالمبور) أن يكتسب مميزات اقتصاديات الحجم – ولكن ذلك أيضا سوف يخفض المنافسة. تغيير رسوم الاستخدام للمستشفيات فى أوغندا، سوف يحسن الكفاءة بواسطة عدم تشجيع الاستخدام المنخفض القيمة للخدمات – ولكن ذلك سوف يميل أيضا إلى استبعاد الفقراء. محاولة تخفيض استخدام الدواء عن طريق الحقن فى الوريد بواسطة اتخاذ إجراءات تفتيش عنيفة ربما (أو ربما لا) تكون فعالة فى تقليل انتشار مرض الإيدز – ولكنها أيضا قد تقيد الحرية الشخصية.

اختيار أولويات الإصلاح يتم بأفضل ما يكون على المستوى الاستراتيجى. المشاكل التى تنشأ من إجراء تقييم بناءً على "مراجعات أخلاقية" يجب أن تخضع "لتحليل سياسى" يركز على جدوى وضع القضية فى الأجندة السياسية والحصول على الموافقة لسياسات فعالة، والتركيز على "التحليل الفنى" لما إذا كانت هناك تدخلات مجدية للسياسات سوف يكون لها تأثيرا إيجابيًا على أداء النظام. بصنع ذلك. أنواع متباينة من علامات القياس سوف تساعد فى وضع ما نطمح فى تحسينه.

نفذ تشخيصا نزيها

فور ما يتم تحديد الأولويات وتوصيف مشاكل الأداء، يجب تاليا لذلك على مسئولي الإصلاح تنفيذ تشخيصا نزيهًا. نحن نحث بقوة على رسم شجرة أو أكثر من "أشجار التشخيص" للكشف عن أنماط العشوائية، ونقاط الأهمية الحاسمة في النظام. هذا هو أحد الأساليب العملية لنفخ الروح في النصيحة القائلة "اسأل 'لماذا؟' خمسة مرات".

نحن نؤكد على الحاجة إلى تشخيص نزيه لأن التقارير الرسمية والمناقشات وجدت غالبا أن من الصعب مواجه سمات معينة محرمة في النظام. الدفع الغير رسمي واسع الانتشار للأطباء، أو استئجار السياسيين من أجل الدعم، أطباء الخدمة في الريف الذين لا يمارسون عملهم هناك، سرقة مستلزمات المستشفيات، تقارير الأداء تمتلئ بأرقام مفبركة – تلك هي أمثلة على أنواع الأوضاع التي تحتاج رحلة التشخيص إلى معالجتها بنزاهة.

ومع ذلك، ندرك أيضا أنه بإنفاق كثير جدًّا من الوقت والموارد على التحليل، فقد تتأخر جهود الإصلاح أو تعاني من الشلل. بدلاً من ذلك، يجب أن يحاول القائمون على الإصلاح استخدام الدراسات والبيانات الموجودة حيثما أمكن، ويتجنبون دوافع عمل كل شيء من جديد مرة أخرى. يحتاج القائمون على الإصلاح أيضًا إلى معرفة متى يمكنهم التوقف عن القيام بالتحليلات. دائمًا ما تكون البيانات غير تامة، وهناك فن موازنة المكاسب من إجراء مزيد من الدراسة مع التكاليف المضافة. نوافذ فرص إصلاح القطاع الصحي تظل غالبا مفتوحة لفترة محدودة، ومن الممكن أن تنغلق فجأة.

جانب مهم من نصيحتنا بالتشخيص هي "ألا" تبدأ بحلك المفضل. بدلاً من ذلك، نحن نلح على أن يتبع التشخيص مقاربة تقوم على الدليل العملي، مقاربة تعتمد على البيانات، والعلم، في مقابل مقاربة تعتمد على الشعارات، والمفاهيم

المسبقة. مثلاً، فى عديد من البلدان متوسطة ومحدودة الدخل، دراسات الحساب الصحى القومى، تكشف عن أن القطاع الخاص يقدم الجزء الأساسى من الرعاية الصحية للعيادات الخارجية. حتى بينما تركز غالبًا جهود الإصلاح تقريبًا بشكل حصرى على القطاع العام. التشخيص النزيه لأسباب سوء الوضع الصحى فى بلد كهذا، لا يجب أن يرتكب مثل هذه الغلطة.

طور خطة من المتوقع نجاحها فى سياق بلدك

حلول المشاكل القومية يجب أن تناسب السياق المحلى. يتضمن تصميم مثل هذه الحلول، الأخذ فى الحسبان العوامل الثقافية، والسياسية، والمؤسسية، إلى جانب مستوى التنمية الاقتصادية فى الأمة. إذا ما كانت من المحتمل أن البيروقراطيين يسرقون أموال صناديق الضمان الاجتماعى (كما فعلوا فى كازاخستان)، أو إذا ما كانت المشاريع الخاصة تتهرب من دفع الضرائب على الدخل بالتحول إلى مزايا تعويضية غير نقدية لموظفيها (كما فعلوا فى المجر)، فمن ثم مثل هذه الاحتمالات تحتاج إلى التعامل معها عند تصميم برامج الإصلاح.

انتظم نقاشنا فى التدخلات حول خمسة أزرار تحكم متميزة، ولكننا شددنا مرارًا أن السياسة الفعالة غالبا ما تتطلب أفعالاً منسقة عبر هذه الحدود. تغيير نظم الدفع للمستشفيات لخلق حوافز للكفاءة، سوف يفعل القليل من النفع، إذا لم يزود الإداريون فى المستشفى بالمهارات، والحوافز، والسلطات، التى يحتاجونها للاستجابة لمثل تلك الحوافز. من المرجح أن حملة تسويق اجتماعى لتشجيع الناس على استخدام مراكز الرعاية الصحية الأولية المحلية، سوف تنجح إذا ما عملنا فى نفس الوقت على تحسين الجودة الإكلينيكية، وجودة خدمات هذه المراكز من خلال إصلاحات إدارية فعالة.

وحتى داخل مجال زر التحكم، قد نحتاج إلى تنسيق السياسات عبر عدد من التدخلات. مثلاً تعتمد قلة من الأمم على آلية واحدة من الآليات المالية فقط. لذلك، لتحقيق أهدافنا المالية الكلية، قد نحتاج إلى ضمان أن المصادر المتعددة قد أخذت تنتشر بشكل متكامل لبعضها البعض. وبالمثل، إذا ما أردنا استخدام الدفع لخلق حوافز لتخفيض الرعاية الغير كفء، قد نحتاج إلى إعادة تصميم كلٍ من كيف ندفع للأطباء؟ وكيف ندفع للتأمين الصحى؟.

عند تصميم السياسة، يحتاج القائمون بالإصلاح الصحى إلى التحلى بالواقعية حول ما هو ممكن. مثلاً، تذكرنا الواقعية أن كل تكاليف الرعاية الصحية يجب أن ندفع مقابلها بشكل ما. ومن هنا، بينما نستطيع تصميم النظام المالى لتوفير حماية ضد المخاطر للجماعات الضعيفة، ذلك لن يستطيع تحقيق الهدف، الذى لا يمكن بلوغه بالسماح للمواطنين تجنب عبء التكلفة الكلية لنظام الرعاية الصحية الذى يخدمهم. وبالمثل، إذا ما كان للقادة السياسيين على المستوى المحلى سجلاً طويلاً فى استخدام الموارد وسلطتهم بغرض فرض وصايتهم، لن نستطيع افتراض أن لا مركزية القطاع الصحى سوف تحسن خدمة الزبائن.

يتطلب فن صنع إصلاحًا فعالاً توازن، بين أن تكون طموحًا كثيرًا ومتشائما كثيرًا. كلا النوعين من الخطأ ممكن الحدوث. على الأرجح عند محاولة صنع خطة محكمة -تتناول كل الطوارئ والمشاكل – فذلك سوف يستغرق وقتًا طويلاً، ولكنه سوف يكون أمرًا معقدًا جدًا، ومن ثم لن ينجح بسبب العواقب الغير متوقعة. بدلاً من ذلك، قد يكون من الأفضل تنفيذ بعض الإصلاحات سريعًا، بينما فرصة التغيير سوف تقدم نفسها، ويتم تصحيح التفاصيل بشكل متزايد تدريجيًا – كما فعلت سنغافورة بنظامها لحساب الادخار الطبى. من الناحية الأخرى، من الممكن أن يؤدى تركيز القائمين على الإصلاح على العقبات والمصاعب فقط إلى إحجامهم عن المحاولة إلا فى القليل جدا. قبول المخاطر المحسوبة، وترك الحرص على السلامة، غالبا يمثل ضرورة لإحداث تغيير – مرة أخرى، مع فرصة التصحيح والضبط فى الحلقات الأخيرة من دورة السياسات.

يستطيع القائمون على الإصلاح تعلم الكثير من الخبرة الدولية. تمتلئ فصول أزرار التحكم بالأمثلة من بلاد متنوعة، وهى تشمل كلاً من الأمثلة الإيجابية والسلبية. ولكننا نحث على الحذر فى استخدام مثل هذه الخبرات. اجعل تحركك على أساس الدليل العملى، وليس بناءً على دوافع أيديولوجية. انظر فى السياق القومى الخاص بك: القيم الاجتماعية، الجدوى السياسية، القدرات الفنية والإدارية.

فى الأخير، يحتاج القائمون على الإصلاح الصحى الاعتراف بأن العمليات المستخدمة فى تطوير خطط الإصلاح تؤثر على كل من فاعليتها وتوقع قبولها. من الممكن لمساهمة لاعبين أساسيين، وجماعات مصالح إنتاج مدخلات قيمة، وخلق شرعية واستيعاب خصوم محتملين. من الناحية الأخرى، لا تتطلب خطط الإصلاح إجماعا لدعمها، وهو أمر طيب، حيث إن الإصلاحات الأصيلة لا تستطيع إرضاء كل الناسب التفاوض؟ نعم. سلم قفص الدجاج للثعالب؟ لا.

على القائمين بإصلاح القطاع الصحى الانتباه للنظر فى رد فعل الثعالب إذا ما تم تنفيذ خطة الإصلاح فى الواقع. فمن المحتمل أنهم سوف يحاولون التهرب من الضرائب، والتملص من الأحكام، "ويلعبون" لعبة جديدة فى إجراءات السداد ويقاومون أى إعادة للتنظيم لها معنى. كل ذلك يفترض أننا فى حاجة لتصميم السياسة حتى ينظروا لها على أنها سياسة شرعية، وأن الهيئات ذات العلاقة فى حاجة لموارد كافية وإدارة كفء، وأن البيانات المطلوبة (للدفع، والتنفيذ، والرقابة، الخ) من السهل جمعها بطريقة معقولة. باختصار، يجب تصميم السياسات بطرق ترفع من فرص تنفيذها بشكل فعال.

احتضن العمل السياسى

الإصلاح ليس مجرد عملية فنية، ولكنه أيضا وبعمق موضوع سياسى. العمل السياسى يتخلل كل مراحل دورة الإصلاح. وهذا يعنى أن القائمين على الإصلاح يحتاجون إلى احتضان العمل السياسى، وليس تجنبه. فهم فى حاجة إلى

القيام بنوع من التحليل السياسى الصريح وتطوير الاستراتيجية الذى ناقشناه فى الفصل الرابع. الاختلاف فى الأخلاقيات والمصالح والمعتقدات سوف يؤدى لا محالة إلى وجود آراء مختلفة حول الإصلاح. سوف تنتشر العمليات السياسية من هذا النوع أو ذاك لا محالة لتسوية هذه الاختلاف، مهما كانت بنية الحكومة فى هذه الأمة أو تلك.

وبسبب الطبيعة الدورية لعملية الإصلاح، تنشأ وترتقى دومًا الجوانب السياسية لعملية الإصلاح. سوف يدعم ويقوى الإصلاح بعض جماعات المصالح ويضعف الأخرى، وسوف تسعى الجماعات للتأثير على تنفيذ الإصلاحات وإعادة تشكيل سياساته. سوف تحدث صدمات خارجية جديدة، لتغير كلٍ من الفهم العام والواقعى للمشاكل، التى تواجهها كل أمه. بالضبط بينما يحتاج القائمون على الإصلاح بإعادة تقييم تحليلاتهم الفنية، هم يحتاجون إلى إعادة إجراء تحليلهم السياسى كلما مضت عملية الإصلاح قدمًا.

الإصلاح الناجح هكذا ليس مجرد مسألة استحقاقات موقف: إنه أيضًا مسألة الرمزية، واللغة، يخص المهارة السياسية والالتزام الشخصى. ولقد ألححنا على الواقعية حول آفاق الإصلاح – ولكننا كنا مدركين أن من الممكن أن يخلص القائمون على الإصلاح إلى استحالة التغيير، أو على الأقل عدم رجحانه. القوى التى تدافع عن الوضع الراهن غالبًا، هى قوى جيدة التنظيم، ونشيطة وعلى درجة عالية من الالتزام. ولكن الإصلاح بالتأكيد يحدث. امتلكت كولومبيا نظامًا تأمينيًا جديدًا، وكوريا تفصل أدوار الأطباء عن الصيادلة، والمجر تدفع للمستشفيات بشكل مختلف. هذه النجاحات تمت بواسطة مسئولى إصلاح على استعداد لاستخدام العمليات السياسية بدهاء للمضى قدمًا بسياساتهم.

التنفيذ الناجح يتطلب غالبا قيادة وعناية بالتفاصيل. لو أن السلطات المحلية سوف تستلم مسئولية اتخاذ القرارات بشكل أكبر، فربما تحتاج هذه السلطات إلى تدريب إضافى (كما تم فى كيرالا، بالهند). لو أن من المتوقع تحسين اللامركزية المالية للإنصاف ما بين المناطق (كما تم فى الصين)، كمعارضة لتدميرها (كما تم فى البوسنة)، تصبح أنظمة إعادة توزيع المخصصات ما بين المناطق فى حاجة إلى إعادة التعريف بعناية.

يتطلب التنفيذ الناجح قياسًا للأداء. هنا مرة أخرى، الواقعية تصبح حاسمة. بعض المراكز الإدارية فى الهند، أخرجت تقارير تزعم تغطية بالتطعيم تبلغ ١٢٠% (محسوبة بناءً على عدد الجرعات المستخدمة مقسومة على عدد السكان المستهدفين). لكن نظرة أكثر قربًا تكشف أن ٤٠% من الأطفال تلقوا فى المتوسط ثلاث جرعات لكل طفل. عند الميل بشدة للاعتماد على نظم القياس فأنت تخاطر بعدم النزاهة فى تقاريرك، أو بإحداث تشويهات غير مقصودة فى السلوك. فى الولايات المتحدة، العيادات التى تقوم بعمليات أطفال الأنابيب تخرج تقارير عن نسب النجاح بطريقة قياسية يعتمد عليها – ولكن القليل منهم يوافق على قبول الحالات الصعبة، لأن ذلك سوف يخفض من نسب أداءهم. هذه الأوضاع تذكرنا بالحاجة إلى التركيز على الأداء، وليس التقارير، على المخرجات وليس المدخلات، على النتائج، وليس فقط الجهود المبذولة.

المؤسسات (والناس) تقاوم التغيير بسبب كل من مصالحهم الذاتية، والقلق. تحتاج أطقم العمل إلى المساعدة عبر عملية الإصلاح بواسطة القادة الذين يتمتعون بكل من المصداقية، والالتزام، والذين يفهمون ديناميكيات التغيير التنظيمى. التنفيذ لا يحدث فقط، إنه يحتاج إلى تخطيط مسبق وإرشاد. نحتاج إلى تحديد المهمات الحاسمة وعلى الأرجح المصاعب المتوقعة – رغم أنه، طبعًا، لا يمكن توقع كل شيء. يحتاج المدراء إلى التكيف كلما تراكمت الخبرات.

يحدث غالبًا تحول سريع، خصوصًا على مستوى القيادات (الوزارى). نتيجة لذلك، أولئك القائمون على عملية الإصلاح قد لا يظلون فى مناصبهم فترة طويلة تسمح لهم بالإشراف على التنفيذ. قد تنسف هذه الفجوة جهود الإصلاح، إذا لم يفكر أولئك، الذين يضعون تصميمًا لبرنامج جديد، لمدى أبعد بشكل كاف فى التحديات العملية أمام تحول أفكارهم اللامعة لحقيقة واقعة.

تعلم من أخطائك

حتى الإصلاح الناجح غالبًا يؤدى إلى مشاكل جديدة. لذلك، يجب أن يكون القائمون على الإصلاح مستعدين للتعلم من أخطائهم. يجب بناء نظم تقييم فى داخل تجارب الإصلاح. مقدمو الخدمة والتأمين فى حاجة إلى حوافز لكتابة تقارير البيانات بدقة. ربما توجد أسبابًا وجيهة للتفكير فى مقاربة تجريبية، وتقوم حاجة دائمة لتجميع معلومات من خط البداية قبل بدء التنفيذ. يجب على القائمين بالإصلاح الصحى توقع إن بعض التفاصيل (وربما حتى بعض السمات الكبرى) للنظام لن تكون حسنة التصميم من أول مرة.

تساعد فكرة حتمية الأخطاء على تفسير لماذا دورة السياسة تأخذ شكل "الدورة"؟. الإصلاح ليس محاولة لوقت ما، أو نشاط وحيد معزول. سوف يستمر السياق الأوسع فى الارتقاء. سوف تستمر التكنولوجيا فى التقدم. سوف تتزايد التوقعات. سوف ترتفع التكلفة. الاضطراب الاقتصادى سوف يحدث. سوف تتفكك الائتلافات السياسية ثم تتجمع من جديد. كل ذلك يجعل أنه من المرغوب بشدة بالنسبة للمصلحين أن ينذروا أنفسهم لعملية الإصلاح على المدى الطويل. لأنه فقط فى المدى الطويل سوف يتحدد نجاح أو فشل جهود إصلاح القطاع الصحى. وأنه على المدى الطويل فقط يمكن تطبيق دروس أى جولة من جولات الإصلاح لتعديل، أو تحسين المبادرات السابقة.

دروس من أزرار التحكم

عند نهاية كل فصل من فصول زر التحكم فى الجزء الثانى، قدمنا تنويعة من التعليقات أسميناها "إرشادات شرطية". الدافع الكامن وراء هذه التعليقات هو إدراكنا أن قولنا "هذا يعتمد على" إلى الذين سوف يتولون مسئولية الإصلاح، لا يكفى. بدلاً من ذلك، سوف يكون واجبنا أن نقول شيئًا ما حول كيف يجب أن تعتمد سياسة ما على وضع كل أمة وأن نوضح أى جوانب لذلك الوضع هى التى تعنينا وبأى طريقة. وبينما نؤمن تمامًا أن الوضع الواقعى لأمة ما والالتزام بالقيم يجب أن يؤثر على اختياراتها للسياسات، نحن لا نعتقد أن كل اختيارات سياسة ما مخلوقة بالتساوى. تعلمنا الخبرة الدولية عبر السنين دروسًا طيبة. وفى هذا القسم من الفصل الأخير فى كتابنا هذا، نود تسليط الضوء أمام القارئ على بعض ما نعتقده فى هذه الاستنتاجات النهائية، جاذبين انتباهًا خاصًا للأوضاع التى تتضمن نتائج خطيرة تتعلق بالإنصاف.

التمويل

نقطة الانطلاق فى نقاشنا حول التمويل هو حقيقة أن قدرة الأمة على تمويل قطاعها الصحى هى قدرة محدودة بمستوى تنميتها الاقتصادية. هذا هو سبب أنه فى كثير من هذا الفصل تلك الحقيقة تثرى تحليلنا بالمعلومات. حتى ومع نظام تمويلى مثالى التخطيط، المواطن الصحيح بدنيًا بمستوى دخل متوسط عليه أن يدفع- مباشرة أو بشكل غير مباشر، تكلفة الرعاية الروتينية المقدمة له، إضافة إلى دفع شيء ما للمشاركة فى تحمل المخاطر المحتملة، وكمية أخرى لإعادة توزيعها على الفقراء أيضًا. القدر الذى يستطيعه، والذى سوف يدفعه مثل هذا الفرد، هو قدر من الواضح أنه محدود بظروفه الاقتصادية.

لاحظنا فى العموم أنه لتوفير حماية حقيقية ضد المخاطر، مطلوب نظام شامل قائم على أساس القدرة على الدفع. هذا النظام يسمح بتقديم الغنى دعمًا ماليًا للفقير والسليم يدفع للعليل. ومن ثم ليست مفاجأة أن البلدان عالية، ومتوسطة الدخل، تعتمد فى أغلب الأحيان على الضمان الاجتماعى أو الإيراد العام لتمويل نظمهم الصحية. وبينما ترتقى البلدان سلم التنمية، يصبح الضمان الاجتماعى فى الغالب جذابًا على نحو خاص؛ لأن العقد الاجتماعى الضمنى فى مثل هذا النظام يعمل غالبًا على تحسين الالتزام الضرائبى.

فى البلدان الفقيرة، تكشف مسوح الأسر أنه حتى الفقراء يدفعون مبالغ ذات وزن من جيوبهم الخاصة للرعاية الصحية – أما لمقدمى الخدمة من القطاع الخاص أو رسوم مقابل الخدمة، وللأدوية، و"الإكراميات" فى القطاع العام. نحن نؤمن أنه لاستخدام هذه الأموال بشكل أكثر فاعلية، التمويل المجتمعى، وأشكال أخرى من اللامركزية، عندهم الكثير ليقدموه. ومع ذلك، نحن نعتقد أيضًا أن تحسين الإدارة فى القطاع العام، وتحسين جودة الرعاية، سوف يؤديان إلى استعداد المواطنين لدفع التزامات مالية لنظام يقدم على الأقل بعض إجراءات الحماية ضد المخاطر.

أخيرًا، نحن نرى ببعض الهلع نمو التأمين الصحى القطاع الخاص عند الأمم متوسطة، وعالية الدخل. لأنظمة التأمين الخاصة هذه تكلفة عالية جدًا للمعاملات، وتتطلب أحكامًا تنظيمية متطورة، وتمنح فقط القليل من المشاركة فى تحمل المخاطر – خصوصًا أينما تسمح للأفراد بالانسحاب من وعاء الضمان الاجتماعى. نحن ندرك أن العديد من البلدان تحت ضغط من نخبها للسماح بخلق مخططات تأمين جديدة، تعطى الأغنياء القدرة على الوصول إلى رعاية أفضل من الرعاية التى يقدمها القطاع العام. نحن نتفهم أيضًا الإغواء العظيم لحشد وتعبئة استعداد الأفراد ذوى الدخل العالى لجمع تمويلاً إضافيًا منهم لنظام الرعاية الصحية. بالنسبة للبلدان التى تتبع درب التأمين الخاص، بدلاً من اختيار النموذج، كما فى شيلى، قد يريد مسئولو الإصلاح التفكير فى مقاربة على الطراز الاسترالى، حيث مثل هذا التأمين إضافة إلى، وليس بديلاً عن التغطية بالقطاع العام.

مناقشاتنا عن الدفع تشدد على سلطة الحوافز التى تولدها نظم الدفع. لا يوجد نظام دفع مكتمل. كلها تشوه سلوك مقدم الخدمة بطريقة أو بأخرى، وعلى مسئولى الإصلاح التفكير أى التشوهات التى تريحهم أكثر من غيرها؟. فى هذا السياق، نصيحتنا العمومية للمصلحين هى محاولة تجنب سداد قيمة خدمات الأطباء عن طريق رسوم مقابل الخدمة، من أجل تقليل التأثيرات التضخمية للطلب الذى يغذيه مقدمو الخدمة إلى الحد الأدنى. وبالمثل، الدفع باليوم مقابل الرعاية فى المستشفى يشجع المبالغة فى طول الإقامة بالمستشفى، حتى وبينما أسلوب الميزانية التقليدية لهذه الرعاية يخلق القليل من الحوافز لتحسين الجودة. نحن ندرك بالتأكيد المصاعب السياسية والفنية للبدائل الأكثر تطورًا – أسلوب مبلغ لكل رأس، أو مبلغ لكل دخول بالمستشفى حيث الأموال تتدفق خلف المريض – ولكننا نعتقد أن هذه الأساليب أفضل على أرضية خلق الحوافز فى أحوال عديدة.

كلما أصبح مقدم الخدمة أكثر تطورًا، وأكثر توجها للسوق، كلما أصبحت أساليب الدفع أكثر أهمية، لأن مقدمى الخدمة هؤلاء يستجيبون بشكل أكثر شراسة لأنذارات السعر والتباينات فى هوامش السعر مع التكلفة الخاصة بهم. لذلك الأسعار النسبية لتقديم تنويعة من الخدمات، أو علاج تنويعة من المرضى، سوف يتطلب انتباهًا لصيقًا. ما عدا ذلك، الأكثر مرضًا والحالة الأصعب فى معالجتها ربما يواجهون حواجز متزايدة للحصول على الرعاية – أحد المخرجات التى تثير همومًا خطيرة على قضية الإنصاف.

ومن ثم هناك قضية مستويات الدفع. تفترض الخبرة الدولية عدم رضاء مقدمى الخدمة أبدًا بمستويات الدفع لهم – مهما كان ما يدفع لهم. يجب على مسئولى الإصلاح، توقع الصدامات الناتجة حول مستويات الدفع، وأخذها فى الاعتبار عند التصميم المؤسسى لعمليات تحديد مستويات الدفع.

وقد أعطت الأدبيات الاقتصادية قدر طيب من الانتباه لقضية الإفراط فى الاستخدام إذا ما كان مستوى الرسوم التى يدفعها المرضى منخفضة جدًا. بينما قد يكون ذلك همًا فى بعض السياقات (مثل الأدوية المجانية)، فى البلدان الفقيرة تكاليف فرصة السعى للحصول على الرعاية، والتكاليف الجانبية لذلك من دواء، ورشاوى الخ عالية بالدرجة التى تكفى عمومًا للإحجام عن الإفراط فى الاستخدام. وهكذا نحن فى صالح إعطاء انتباه عظيم لتأثيرات الرسوم المالية العالية، التى تدفع من الجيب الشخصى على الإحجام المحتمل للاستخدام، خصوصًا تأثيرها على الفقراء – لأن تلك التأثيرات تعمل مباشرة ضد أهداف الحماية من المخاطر والوضع الصحى.

الهيكل التنظيمى

تحليلنا لمنظمات القطاع الصحى يمس ما أسميناه المفاتيح الستة للأداء التنظيمى. على الإصلاح الناجح إعطاء المدراء أسبابًا لأداء وظائفهم بشكل أكثر فعالية وإعطاءهم السلطة والمهارات، التى يحتاجونها للاستجابة لتلك الحوافز. هكذا يجب إجراء تحليلات حول أى اقتراحات بإعادة هيكلة القطاع العام – على شاكلة التسيير الذاتى، أو الشركة الضخمة المهيمنة على شركات أصغر فى مجالات متعددة (شركة قابضة)، أو اللامركزية – لنرى أية اختلافات سوف تحدثها بالنسبة للعاملين والمدراء. لذلك شعار "الشيطان يكمن فى التفاصيل" هو شعار ذو علاقة موصولة بمثل هذه المقترحات.

عندما ينظر القائمون على الإصلاح فى تغيير صيغة "من-يفعل-ماذا" فى نظم تقديم الخدمة، فهم يحتاجون إلى العلم بكل من تأثيرات قراراتهم على الكفاءة والقدرة على الوصول إلى الخدمة. تستطيع الكيانات كبيرة الحجم تخفيض التكلفة، وتحسين الجودة الإكلينيكية – حتى بينما هى فى نفس الوقت تخفض التوافر الفعال للخدمات. قد يكون ذلك ذو أهمية خاصة بالنسبة للفقراء، والجماعات المهمشة التى

قد تجد فى وقت السفر إلى الخدمة والتكلفة المدفوعة من الجيب الشخصى وبيروقراطية الخدمات المركزية النائية، حاجزا خطيرا يمنعهم من الاستخدام.

مناقشاتنا لاستخدام مقدمى الخدمة القطاع الخاص، والأسواق الخاصة تمحورت حول الحاجة لضمان التنافسية، إذا ما كانت الفوائد المحتملة لمثل هذه المقاربة يمكن تحقيقها. موقفنا نادى بأنه عندما يكون المشترون على درجة عالية من التطور، وهدف الحكومة هو إرضاء الزبون، فمن المرجح كثيرًا أن الأسواق التنافسية سوف تكون ملائمة. ولكن الأحكام التنظيمية الحكومية الحقيقية مطلوبة غالبًا لمثل هذه الأسواق من أجل أداء وظيفتها بشكل سليم فى القطاع الصحى. ومن هنا، القدرة على الاضطلاع بمثل هذه الأحكام التنظيمية يجب أن تكون حاضرة، إذا ما أردنا التحقيق الكامل للمنافع المحتملة من الأسواق. أكثر من ذلك، يجب أن يفهم القائمون على الإصلاح أنه كلما أصبح الباعة من القطاع الخاص أكثر تنافسية، كلما كانت استجاباتهم للأولويات الاجتماعية أقل (مثل الرعاية للفقراء) إذا لم يدفع لهم أو اضطروا هم لفعل ذلك.

عديد من مقترحات إعادة التنظيم مثل التسيير الذاتى، أو اللامركزية، أو فصل المشترين عن مقدمى الخدمة يطرح تحديات واضحة لهيئات الإدارة المركزية. وظيفتهم العملية لن تنتهى، ولكنها سوف تتحول. والمهارات والاتجاهات الجديدة التى سوف يتطلبها ذلك على الأغلب لن يكون من السهل تطويرها بالنسبة للوزارات.

من الممكن قول نفس الشىء بالنسبة للمستوى المؤسسى للتغييرات المطلوبة لتحسين وظيفة النمط المعتاد من مؤسسات القطاع العام. وهذا واضح وضوح الشمس فى أعين الاعتراضات السياسية العميقة، لأنها تدمر البناء الأبوى المميز للعديد من نظم تقديم الخدمة فى القطاع العام. وقد تفسر هذه الحقيقة لماذا لا يتم تنفيذ مثل هذه التغييرات على نطاق واسع. إلا أنه دون إدارة أكثر فعالية على مستوى منظمات تقديم الخدمة، مقاربات مثل "إدارة الجودة الشاملة" أو التعاقدات الخارجية لن يكون لها على الأرجح تأثيرًا كبيرًا.

الأحكام التنظيمية

من الصعب غالبًا تنفيذ الأحكام التنظيمية بدقة لأنها تتضمن استخدام سلطة الدولة الجبرية لجعل الناس يفعلون ما لا يريدون فعله. بدلاً من ذلك، يقاوم الناس – ويسعون إلى الاستيلاء على العملية أو إفسادها، أو صنع غير ذلك لتدميرها. لذلك تسرى الأحكام التنظيمية أحسن ما يمكن عندما يرى معظم المجتمع، بمن فيهم من منفذى الأحكام والخاضعين لها، يرون فى هدف العملية مشروعية بشكل عام. هذا الأمر ييسر بشكل عظيم الالتزام الطوعى، الذى بدوره يزيد بشكل ملموس الأثر الرادع لجهود إعمال هذه الأحكام. ولنفس الأسباب، على الأرجح سوف يتطلب الأمر دعمًا سياسيًا مستمرًا للحفاظ على فاعلية الهيئة الموكول إليها مسئولية الأحكام التنفيذية.

قمنا بتحليل الأحكام التنظيمية للرعاية الصحية بمعايير تأسيس الأسواق، وسد ثغراتها، وفعل ما لا تستطيع الأسواق صنعه. تغلغل وتنوع الشكلين الأخيرين من الأحكام التنظيمية شاهد على محدودية مقاربة السوق فى الرعاية الصحية، لأنه فى هذا القطاع، المشترون غالبًا جهلاء، ومشكلة الوكالة مشكلة عويصة للغاية. إننا نشير إلى أن استراتيجية استخدام المعلومات والمؤهلات على الأرجح، سوف يستفيد منها هؤلاء المتعلمون، ومن لديهم مهارات اتخاذ القرار، والمكانة الاجتماعية وإحساس بالكفاءة الشخصية المطلوبة للاستفادة من مثل هذه البيانات. ومن هنا على الأرجح هاتان الاستراتيجيتان تصبحان ذات فائدة للجماعات المهمشة أقل منها للطبقات المتوسطة والعليا. إلا أننا أشرنا أيضًا إلى التناقض الظاهرى فى أن الأحكام التنظيمية المتوجهة للجودة، والمصممة لتقييد ممارسة مقدمى الخدمة الأقل تعليمًا هى أيضا على الأرجح ذات تأثير ضار بالقدرة على الوصول إلى الخدمة عند نفس فئات السكان قليلى الحيلة من الضعفاء.

العديد من أشكال الأحكام التنظيمية تتطلب خبرة علمية، وقانونية، واقتصادية. لذلك على رجال الإصلاح الصحى أن يكونوا استراتيجيين، وينظرون فى قدراتهم الإدارية المتوفرة، ومتطلبات البيانات، وعمليات التنفيذ الجبرى، وموارد التفتيش عند تقرير ما سوف تضطلع به مبادرات الأحكام التنظيمية. وعليهم أيضًا التفكير فى استخدام الجمعيات المهنية، أو المنظمات الغير حكومية، أو عمليات إصدار الشهادات المؤهلة، بدلاً من الأحكام التنظيمية، وادخار تلك الموارد، وتقليل المعارضة من هؤلاء الذين سوف يخضعون لتنفيذ هذه الأحكام إلى الحد الأدنى.

السلوك

فى رأينا القائمون بالإصلاح الصحى غالبًا ما يبالغون وغالبًا ما يقللون فى تقديرهم للدور المحتمل الذى يمكن لجهود تغيير سلوك الأفراد أن تلعبه فى عملية إصلاح قطاع الرعاية الصحية. تأتى المبالغة فى التقدير فى شكل الخطط الطموحة بشكل غير واقعى للتأثير على قيم واتجاهات المواطنين الأساسية – وهو فى الواقع أمر من الصعوبة الشديدة تغييره. وتأتى قلة التقدير من الفشل فى توجيه أى انتباه إلى هذه الاحتمالات.

شددنا طول الوقت على الحاجة إلى مقاربة تركز على زبون تغيير السلوك. يحتاج القائمون على الإصلاح إلى تسويق أفكارهم بطرق توفى باحتياجات الزبائن وقيمهم القائمة، أو تردد صداها. هذا يعنى أن عليهم البدء بإجراء أبحاث تجريبية حول أولئك الزبائن، وتعلم كيف يتنوعون حتى يمكن تحديد شرائح السوق بشكل سليم. ومن ثم يمكن تطوير خطة توحد النقاط الأربع لخطة التسويق الاجتماعى (المكان، والمنتج، والسعر، والترويج) – سواء استهدفت المرضى الأفراد أم مقدمى الخدمة داخل نظام الرعاية الصحية.

أفكار ختامية

إذا كان إصلاح القطاع الصحى على هذه الدرجة من الصعوبة، ويطالب بالكثير من القائمين بالإصلاح، القراء الذين أبحروا معنا طوال هذه الرحلة ربما يسألون أنفسهم، لماذا نقبل التحدي؟ لقد ناقشنا بالضبط هذه النقطة مع العديد من المشاركين فى الدورات التدريبية، وورش العمل فى جميع أنحاء العالم فى السنوات الخمسة الأخيرة. بالطبع، إجابة السؤال تعتمد على القيم الفردية لكل شخص شارك فى العملية. ولكننا نود تمرير بعض الأفكار التى تكررت مرارا فى المناقشات التى دارت حول الموضوع.

أولاً، تمثل الصحة - عن حق - مكونا هامًا فى كل من الفرصة والرفاهية لكل أفراد المجتمع. لذا أولئك الذين يعملون من أجل تحسين الوضع الصحى يقومون بعمل هام على نحو فريد تقريبًا من أى منظور أخلاقى. ونفس الشىء صحيح بالنسبة للجهود المبذولة لحماية الأفراد ضد مخاطر المرض المالية - المخاطر التى يمكن لها إن تتسبب فى قلق عظيم، وحرمان لهؤلاء الذين يفتقدون مثل هذه الحماية.

ثانيا، توفير مثل هذه المنافع لهؤلاء الأكثر ضعفا فى المجتمع يمثل، بمعاييرنا نحن الأخلاقية، مهمة مستحقة عن جدارة وعاجلة على نحو خاص. من الممكن، لتحسين القدرة على الوصول إلى التقدم المدهش فى العلوم الطبية، أن تحدث اختلافا هائلاً لأرواح الملايين، إن لم يكن لبلايين من جنسنا البشرى. نحن نأمل أن حقيقة كوننا من بلد صناعى من عالم يقدم سيرة سيئة فى هذا المجال؛ لا تدمر مصداقيتنا حول هذه النقطة - لأن من غير المحتمل اعتبارنا مدافعين عن النظام الأمريكى، جزئيًا بسبب أدائه السيئ فى مجال الإنصاف.

ثالثا، الإصلاح الصحى، بكل صعوبته وإحباطه، كما نعتقد، هو ساحة يستطيع فيها الذكاء، والحيوية. والحماس، والتفكير النقدى أن يصنع فرقًا. إنه ساحة تستدعى عديدًا من الجوانب فى الشخص – جوانب التحليل والتواصل، والإبداع والإيجابية. يتطلب الإصلاح الصحى تثمينًا للعديد من جوانب الحياة الإنسانية – من السياسة، والاقتصاد، إلى القوى الثقافية، والعمليات البيولوجية، والالتزامات الفلسفية. الإصلاح يمنح فرص للقيادة والحنكة، لتأدية العمل الذى يستحق عن جدارة أن نفعله. نحن نأمل أن هذا الكتاب، بالنسبة لهؤلاء الذين يختارون المشاركة، يستطيع أن يكون مرشدًا وكتاب جيب، وأن يكون حقيبة أدوات، ودليل تصميم، كما تأمل أن الأساليب والملاحظات التى قدمناها، سوف تحسن من فرصتكم لعمل إصلاح صحى حقيقى فى السنوات القادمة.

المؤلفون فى سطور :

١- د.مارك روبرتس :

أستاذ سياسى فى قسم السياسيات الصحية والإدارة وفى قسم الصحة الدولية والسكان فى كلية هارفارد للصحة العامة.

ومنذ التحاقه بجامعة هارفارد فى سنة ١٩٦٩ وهو يُعد من الاقتصاديين وخبراء الإحصاء والأخلاقيات والسياسات البيئية واقتصاديات الصحة المرموقين.

وفى السنوات الأخيرة لعب دورا رائدا فى برامج التدريب الخاصة بالإصلاح الصحى فى معهد البنك الدولى حول العالم فى أكثر من ثلاثين دولة.

٢- د. وليام هسياو :

أستاذ كرسى فى الاقتصاد : كلية هافارد للصحة العامة.

لأكثر من عشر سنوات تركزت أبحاثه على تنمية " نظم التأمين الصحى الوطنية " .

وإجراءات احتواء التكلفة / وطرق الدفع للمستشفيات ماليا فى الولايات المتحدة الأمريكية.

ويُعد الأكثر شهرة فى الولايات المتّحدة كرائد فى تصميم مؤشر التنمية المعتمدة على القيم النسبية .

عمل لبرنامج ميدكير الصحى

وخبير فى عدة بلدان فى أفريقيا وأسيا .

٣- د. بيتر بيرمان:

أستاذ اقتصاديات الصحة الدولية – فى مدرسة هارفارد للصحة العامة / بوسطن / مستشوستس.

ومفوض من قبل برنامج هارفارد فى تمويل الرعاية الصحية ومركز دراسات السكان والتنمية .

ومدير برنامج بيانات اتخاذ القرار فى كلية الصحة العامة بهارفرد.

حاصل على درجة الدكتوراه فى الاقتصاد الزراعى من جامعة كورنيل.

عمل سابقا فى كلية جون هوبكنز للصحة العامة قبل هارفارد .

خبير فى البنك الدولى/ والمعونة الأمريكية واليونيسيف / وفى بنك التنمية الآسيوى وفى مختلف بلدان أفريقيا وأسيا وعمل كمنسق لبرنامج هيئة فورد فى الهند من عام ١٩٨٧ إلى ١٩٩١ ومن قبل فى هيئة اليونيسيف كمنسق للمشروع فى أندونيسيا ١٩٧٣ إلى ١٩٧٧ وحاليا باحث مهتم بالإصلاح الصحى / والتنمية المستدامة الصحية .

٤- د.ميخائيل رايخ :

أستاذ السياسات الصحية الدولية فى كلية هارفارد للصحة العامة .

عمل كمدير لبرنامج تاكمى للصحة الدولية .

حصل على الماجستير فى الكيمياء والفيزياء البيوجزئية والدكتوراه فى الاقتصاد السياسى من جامعة ييل وأكمل أبحاث مابعد الدكتوراه فى كلية هارفارد للصحة العامة.

المترجم فى السطور :

أحمد زكى أحمد

- طبيب وباحث ومترجم .
- يعمل بوزارة الصحة المصرية .
- متخصص فى مجال الرعاية الصحية الأولية بالريف والحضر .
- مؤلفات سابقة :
  - محرر ومترجم ومؤسس مشارك لموقع كفاية، زى نت العربية www.kefaya.org
  - مؤلف لكتاب "الاناركية، المدرسة الثورية التى لم يعرفها الشرق"، تحت الطبع، دار الخماسين – مصر.
  - مترجم لكتاب تحت الطبع : اقتصاديات تمويل الرعاية الصحية .

المراجع فى سطور :

علاء غنام

- طبيب وباحث ومترجم .
- متخصص فى علم النفس نمو الطفل جامعة عين شمس برسالة ماجستير بعنوان "التهتهة عند الأطفال : أسبابها طبيًا ونفسيًا وأساليب العلاج" .
- متخصص فى الإدارة والسياسات الصحية واقتصاد الصحة (مركز جامعة يورك بالمملكة المتحدة لاقتصاديات الصحة) .

مؤلفات سابقة :

- كتاب صحة الطفل النفسية والعقلية ١٩٩٢ دار يافا للنشر .
- كتاب "العنف وحقوق الطفل" المركز القومى لثقافة الطفل .
- صاحب عديد من البحوث والدراسات المنشورة حول الطفولة وصحة الطفل فى كل من جرائد الأهرام والأهالى والعالم اليوم والبديل والعربى الكويتية والمجلس المصرى للطفولة .
- الترجمات والمراجعة : بالمشاركة كتاب بعنوان : خرافة التنمية ١٩٩٦ .

مراجعة كتاب اقتصاديات تمويل الرعاية الصحية ، تحت الطبع .

التصحيح اللغوى : أنوار مصطفى
الإشراف الفنى : حسن كامل